Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Referent:
Dr. med. Nawid Peseschkian

Sozialpsychiatrische Praxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Langgasse 36
65183 Wiesbaden

www.peseschkian.org

Das Säuglingsalter

- **Phase der Bindung**
- **Motorische Entwicklung**: Sitzen, Stehen, Gehen mit Unterstützung
- **Sprachentwicklung**: Plaudern, erste Worte
- **Entwicklung der Wahrnehmung**: Sehen, Hören
- **Soziale Entwicklung**: Lächeln, Fremdeln, Zuwendung
- **Spiel**: Funktions- und Tätigkeitsspiel
- **Problembereiche**: Behinderungen und Fehlbildungen, Deprivationsstörungen, Entwicklungsstörungen

Das zweite Lebensjahr

- **Motive der Autonomie**
- **Motorische Entwicklung:** freies Gehen
- **Sprachentwicklung**: Sprachverständnis, Entwicklung von Wortschatz und Zweiwortsätzen, Beginn des Fragealters
- **Soziale Entwicklung**: Befolgen einfacher Anweisungen, Äußerungen von Bedürfnissen, erste Ansätze von Gruppenfähigkeit
- **Sauberkeitsentwicklung**: Entwicklung von Stuhlsauberkeit
- **Geistige Entwicklung**: sensomotorisches Stadium
- **Problembereiche**: Deprivationsstörungen, Entwicklungsstörungen, Schlafstörungen

Das Kleinkindalter

- **Phase** der Ausformung der Grobmotorik, der Sprachdifferenzierung, des Spiels, der Identifikation, der Gewissensentwicklung, der Geschlechtsidentität
- **Motorische Entwicklung**: zunehmende Körperbeherrschung
- **Sprachliche Differenzierung**: Zunahme des Wortschatzes, Lernen grammatikalischer Strukturen, sog. Physiologisches Stammeln
- **Soziale Entwicklung**: Identifikation mit Eltern und Geschwistern, Entwicklung von prosozialem und gruppenbezogenem Verhalten: Kindergartenfähigkeit
- **Spiel**: Phantasiespiel, Neugierverhalten, Rollenspiel
- **Persönlichkeitsentwicklung**: Geschlechtsrolle- und identität, Affektlabilität, Geschwisterrivalität
- **Psychische Auffälligkeiten**: externalisierte und internalisierte Störungen, Ess- und Schlafstörungen, Entwicklungsverzögerungen

Die mittlere Kindheit

- **Multiple Einflüsse** aus Elternhaus, Schule, Gleichaltrigengruppen und Medien
- **Soziale Entwicklung**: Orientierung an und Austausch mit Eltern, Lehrern, Gleichaltrigen
- **Persönlichkeitsentwicklung**: internale Verhaltenssteuerung (Gewissen)
- **Geistige Entwicklung**: Stadium der konkreten Operationen (Konzept- und Regelbildung)
- **Psychische Auffälligkeiten**: Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, psychosomatische Reaktionen, Zwangsstörungen, Ticstörungen, Lern- und Leistungsstörungen

Das Jugendalter

- Biologisches Wachstum und sexuelle Reifung
- **Zentrale physiologische Themen**: Identität, Sexualität, Autorität
- **Soziale Entwicklung**: Gruppen- und Paarbildung, Ablösung von den Eltern
- **Persönlichkeitsentwicklung**: Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse, Aufnahme sexueller Beziehungen, emotionale Labilisierung
- **Geistige Entwicklung**: Stadium der formalen Operationen (Abstraktionsfähigkeit, logisches und Hypothesen prüfendes Denken)
- **Psychische Auffälligkeiten**: Delinquenz, Drogenabhängigkeit, Affektstörungen, Suizidalität, Angststörungen, psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik, Zwangsstörungen, Schizophrenie

Definition psychischer Störungen

Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/ oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/ oder zu einer Beeinträchtigung führt.

Kriterien der Abnormität

- Angemessenheit hinsichtlich Alter und Geschlecht
- Persistenz
- Lebensumstände
- Soziokulturelle Gegebenheiten
- Ausmaß der Störung
- Art des Symptoms
- Schweregrad und Häufigkeit der Symptome
- Verhaltensänderung
- Situationsspezifität

Kriterien der Beeinträchtigung

- Leiden
- Soziale Einengung
- Interferenz mit der Entwicklung
- Auswirkungen auf andere

Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Kindheitsspezifische und vornehmlich remittierende Störungen

Motorische Entwicklungsstörungen
Sprachentwicklungsstörungen (Artikulationsstörungen)
Ausscheidungsstörungen (Enuresis, Enkopresis)
Kindheitsspezifische Phobien und Angststörungen (Trennungsangst)
Kindheitsspezifische Schlafstörungen (Pavor nocturnus, Somnambulismus)
(nicht chronische) Ticstörungen
Störung mit oppositionellem Trotzverhalten

Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Früh beginnende und vornehmlich persistierende Entwicklungsstörung

Geistige Behinderung
Autismus- Spektrumsstörung
Andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen (desintegrative Störungen, Rett- Syndrom)
Hyperkinetische Störungen, speziell mit Störungen des Sozialverhaltens
(Schwergradige) expressive und rezeptive Sprachstörungen
Spezifische Lernstörungen (Dyslexie, Dyskalkulie)

Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Störungen mit spezifischem Beginn in der Kindheit und Jugend

Redeflussstörungen (Stottern und Poltern)
Mutismus
Störungen des Sozialverhaltens (früh beginnende Form, adoleszentär begrenzte Form)
Ticstörungen (chronische Form, Tourette- Syndrom)
Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)

Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Störungen mit Beginn in der Jugend (Kindheit) und Kontinuität in das Erwachsenenalter

Schizophrenie
Affektive Störungen
Angststörungen (generalisierte Angststörung, Agoraphobie, Panikattacken)
Zwangsstörungen
Dissoziative Störungen
Störungen des Sozialverhaltens (mit adoleszentärem Beginn, delinquente Entwicklungen)
Störung mit Substanzmissbrauch
Persönlichkeitsstörungen

Altersspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Altersunspezifische Manifestationen psychischer Störungen

Akute Belastungsreaktionen

Anpassungsstörungen

Posttraumatische Belastungsstörung

Klassifikation

- Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen werden in der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen internationalen Klassifikation psychischer Störungen (IDC 10, Kapitel V [F]) erfasst.
- Eine Ergänzung und Differenzierung erfolgt durch das ebenfalls von der WHO spezielle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelte multiaxiale Klassifizierungsschema (MAS).
- Das MAS berücksichtigt jeweils eine separate Achse für die klinisch-psychiatrische Störung, für Entwicklungsstörungen, für das Intelligenzniveau, für begleitende somatische Störungen, für aktuelle abnorme psychosoziale Umstände und für eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung.
- Für Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern wird eine multiaxiale Klassifikation gemäß diagnostischer Klassifikation: 0 – 3 durchgenommen.
- Komorbitát, d. h. das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen, in die Regel. Sie hat praktische und theoretische Konsequenzen.

Merkmale der differentiellen Validität psychischer Störungen

Dr. med. Nawid Peseschkian
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Sozialpsychiatrische Praxis

	Alter bei Beginn	Geschlechts-bevorzugung	Schul-leistungs-störungen	Hirnfunk-tionsstörung	Verbindung mit familiärer Disharmo-nie	Behandlungs-erfolg	Mögliche Beeinträch-tigung im Erwachs-enenalter
Emotionale Störung	Unspezifisch	=	Ø	(+)	Ø	+++	Emotionale Störungen
Störungen des Sozial-verhaltens	Unspezifisch	♂	++	(+)	++	+	Delinquenz/ Persönlichkeitsstörung
Hyperkine-tische Störungen	< 5 Jahre	♂	+++	+	+	+	Persönlichkeitsstörungen/ Dissozialität
Autismus	< 2 ½ Jahre	♂	+++	++	Ø	+	Sprachliche und soziale Beeinträchtigung
Schizo-phrenie	> 7 Jahre	=	+	(+)	(+)	+	Rückfall oder Chroni-fizierung
Entwick-lungsstö-rungen	Säuglings-alter	♂	+++	+	Ø	++	Ausbildungsproblem

MAS

Das MAS bildet Störungen sowie Auffälligkeiten auf insgesamt sechs Achsen ab:

- Achse 1: klinisch- psychiatrische Störungen
- Achse 2: Entwicklungsstörungen
- Achse 3: Intelligenzniveau
- Achse 4: körperliche Krankheiten
- Achse 5: aktuelle psychosoziale Umstände
- Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Bedingungsfaktoren

- Geschlecht: Insofern bedeutsam, als die meisten psychischen Störungen des Kindesalter ein deutliches Überwiegen von Jungen (2:1) aufweisen. Zahlen nähern sich im Jugendalter einander an. Außerdem mehr emotionale Störungen bei Mädchen und mehr dissoziale Störungen bei Jungen.
- Geschwisterposition: Nur in wenigen Studien erfasst worden. Feststellungen, das Einzelkinder im Vergleich zu Geschwisterkindern geringere Auffälligkeiten zeigen. Unter Geschwisterkindern, jeweils die Jüngsten am wenigsten auffällig.
- Soziale Schichtunterschiede: Ergibt angesichts widersprüchlicher Befunde und Forschungsstudien kein einheitliches Bild.
- Verlauf: Emotionale Störungen haben eine deutlich bessere Prognose als dissoziale Störungen.

Inanspruchnahme

- Personen- und störungsbezogene Merkmale: Es kommen eher jüngere Kinder, Jungen, expansiv- aggressive Probleme, sowie Störungen mit längere Dauer und höherem Schweregrad in die Behandlung.
- Familiäre Merkmale: Eltern mit höherem Bildungsniveau, höherer Sozialschicht, eigenen psychischen Problemen sowie familiären Belastungen nehmen eher psychosozial Hilfen in Anspruch.
- Versorgungsmerkmal: Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten und von Ärzten, die Überweisungen zu Fachinstitutionen vornehmen, sowie der Informationsgrad über vorhandene Institutionen sind weitere wichtige Determinanten

In diesen je nach Störung und auch interindividuell unterschiedlich ablaufenden Prozessen sind die folgenden Elemente von spezieller Bedeutung und bedürfen daher einer detaillierten Abhandlung:

- Biologische Risikofaktoren
- Psychosoziale Risikofaktoren
- Soziokulturelle Risikofaktoren
- Lebensereignisse und situative Risikofaktoren
- Protektive Faktoren und Resilienz

Biologische Risikofaktoren

Bei einem Teil der im Kindes- und Jugendalter auftretenden Störungen sind genetische Faktoren in der Verursachung bedeutsam. Die konstitutionellen Bedingungen des Geschlechts und des Temperaments sind wichtige Determinanten psychischer Störungen. Abweichende Hirnfunktionen sowie körperliche Krankheiten haben einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung psychischer Störungen.

Die neun Dimensionen des Temperaments nach Thomas und Chess (1980)

1. Aktivität

Die motorischen Abläufe im leben des Kindes und die täglichen Anteile von Aktivität und Inaktivität (körperliche Bewegung beim Baden, Essen, Spielen, Anziehen und Anfassen, Schlaf- Wach- Rhythmus, Hunger, Greifbewegungen, Krabbeln und Gehen).

2. Tagesrhythmus (Regelmäßigkeit)

Die zeitliche Vorhersagbarkeit und/ oder Unvorhersagbarkeit irgendeiner Funktion oder eines Ablaufs (Schlaf- Wach- Rhythmus, Hunger, Essenverhalten und Ausscheidungsgewohnheiten).

Die neun Dimensionen des Temperaments nach Thomas und Chess (1980)

3. Annäherung oder Rückzug

Die Art der ersten Reaktion auf einen neuen Reiz. Annäherungsreaktionen sind positiv; sie werden entweder stimmungsmäßig ausgedrückt (lächeln, entsprechende Bemerkung usw.) oder durch motorische Aktivitäten (neue Nahrung wird rasch verschlungen, ein neues Spielzeug gerne in die Hand genommen). Rückzugsreaktionen sind negativ; sie werden ebenfalls durch Stimmungen ausgedrückt (weinen, lärmen, Grimassen schneiden usw.) oder durch motorische Aktivitäten (das Kind wendet sich ab, spuckt etwas Neues zu essen aus, stößt ein neues Spielzeug sofort von sich fort usw.).

4. Anpassungsfähigkeit

Die Reaktion auf neue oder veränderte Situationen; nicht die Art der ersten Reaktionen, sondern die Leichtigkeit, mit der sie sich in gewünschte Richtungen lenken lassen.

Die neun Dimensionen des Temperaments nach Thomas und Chess (1980)

5. Sensorische Reizschwelle

Das Intensitätsniveau, das ein Reiz haben muss, um eine erkennbare Reaktion hervorzurufen, und zwar ohne Berücksichtigung der spezifischen Art dieser Reaktion oder der betreffenden sensorischen Modalität (Reaktionen auf sensorische Reize, Objekte in der Umwelt und soziale Kontakte).

6. Reaktionsintensität

Die Energie, die in einer Reaktion zum Ausdruck kommt, ungeachtet der Qualität oder Richtung dieser Reaktion.

7. Stimmungslage

Der Anteil angenehmen, freudvollen und freundlichen Verhaltens im Gegensatz zum Anteil unangenehmen, traurigen und unfreundlichen Verhaltens.

Die neun Dimensionen des Temperaments nach Thomas und Chess (1980)

8. Ablenkbarkeit

Inwieweit stören unwesentliche Umweltreize ein gerade andauerndes Verhalten.

9. Aufmerksamkeitsdauer und Durchhaltevermögen

Die Zeitspanne, während der eine bestimmte Handlung von dem Kind durchgeführt wird, und das Weiterführen einer Aktivität trotz vorhandener Hindernisse, so dass die Richtung der Aktivität erhalten bleibt.

Temperamentsmerkmale von „einfachen“ und „schwierigen“ Kindern nach Thomas und Chess

Merkmale	Temperament des „einfachen“ Kindes	Temperament des „schwierigen“ Kindes
Allgemeine Stimmungslage	Fröhlich, lächelnd, positiv	Traurig, weinend, negativ
Regelmäßigkeit biologischer Funktionen	regelmäßig	unregelmäßig
Reaktion auf neue Situationen	Annäherung	Rückzug
Anpassung an neue Situationen	schnell	langsam
Intensität der Reaktionen	mäßig	ausgeprägt
Spätere Verhaltensprobleme	selten	70%
Kinder mit Verhaltensproblemen und entsprechendem Temperament	25%	25%

Psychosoziale Risikofaktoren

- Psychosoziale Faktoren nehmen den größten Raum in der Bedingung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ein.
- Individuelle Bedingungsfaktoren sind Vulnerabilität, Persönlichkeitsmerkmale, Erfahrungen, internalisierte Konflikte und fehlangepasste Bewältigungsprozesse.
- Die zahlreichen familiären Faktoren umschließen: Art der Erziehung, elterliche Einmischung und Überprotektivität, Trennung und Verlusterfahrung, familiäre Disharmonie, abweichende Elternschaft, Bindungsmängel, psychische Störungen bei Eltern, mangelnde Anregung, Familienzusammensetzung und sich wiederholende Erfahrungsdefizite im Sinne eines Generationskreislaufs.
- Aus Merkmalen der Schule und der Gruppe der Gleichaltrigen erwachsen weitere Risikofaktoren

Empirisch gesicherte Kriterien zur Einschätzung des psychosozialen Risikos

1. Niedriges Bildungsniveau der Eltern (keine abgeschlossene Berufsausbildung)
2. Beengte Wohnverhältnisse (> 0,1 Personen/Raum bzw. ≤50 m² Gesamtwohnfläche)
3. Psychische Störungen der Eltern (gemäß gesicherter Diagnose)
4. Kriminalität/ Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen (aus Anamnese der Eltern)
5. Eheliche Disharmonie (häufiger und lang anhaltender Streit, Trennung, emotionale Kühle)
6. Frühe Elternschaft (Alter ≤18 Jahre bei Geburt bzw. Dauer der Partnerschaft < 6 Monate bei Konzeption)
7. Ein- Eltern- Familie (bei Geburt des Kindes)
8. Unerwünschte Schwangerschaft (von Seiten der Mutter und/ oder des Vaters)
9. Mangelnde soziale Integration und Unterstützung (wenig soziale Kontakte und wenig Hilfe bei der Betreuung des Kindes)
10. Ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (mit einer Dauer von mehr als einem Jahr, wie z. B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit)
11. Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten (im Umgang mit den Lebensereignissen des letzten Jahres wie z. B. Verleugnung, Rückzug, Resignation, Dramatisierung)

nach Esser et al. 1994

Sozialkulturelle Risikofaktoren

Die erweiterte soziokulturelle Umwelt steuert mit der Sozialschicht städtischen Lebensbedingungen, Migration sowie dem Einfluss der Medien zusätzliche Risiken für die Entwicklung psychischer Störungen bei.

Dr. med. Nawid Peseschkian
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Sozialpsychiatrische Praxis

5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

00. Keine signifikante Verzerrung oder unzureichende psychosoziale Umstände

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen

1.0 Mangel an Wärme in der Eltern- Kind Beziehung
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwa-senen
1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbock-zuweisung gegenüber dem Kind
1.3 Körperliche Kindes-misshandlung

2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

2.0 Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils
2.1 Behinderung eines Eltern-teils
2.2 Behinderung der Geschwister

3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Komm-unikation

4. Abnorme Erziehungsbe-dingungen

4.0 Elterliche Überfürsorge
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
4.2 Erziehung, die eine unzu-reichende Erfahrung ver-mittelt
4.3 Unangemessene Anforde-rungen und Nötigungen durch die Eltern

5. Abnorme unmittelbare Umgebung

5.0 Erziehung in einer Institu-tion
5.1 Abweichende Elternsitu-ation
5.2 Isolierte Familie
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung

6. Akute, belastende Lebensereignisse

6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung
6.1 Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunter-bringung
6.2 Negativ veränderte famil-iäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
6.3 Ereignisse, die zur Herab-setzung der Selbstachtung führen
6.4 Sexuelle Missbrauch (außerhalb der Familie)

7. Gesellschaftliche Belast-ungsfaktoren

7.0 Verfolgung oder Diskrimi-nierung
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung

8. Chronische zwischen-menschliche Belastung im Zusammenhang mit der Schule oder Arbeit

8.0 Streitbeziehungen mit Schülern/ Mitarbeitern
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/ Ausbilder
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeits-situation

9. Belastende Lebens-ereignisse/ Situationen infolge von Verhaltenstö-rungen/ Behinderungen des Kindes

9.0 Institutionelle Erziehung
9.1 Bedrohliche Umstände infolge einer Fremd-unterbringung

Symptome der Depression nach ICD - 10

Hauptsymptome der Depression

- Herabgestimmtheit, die meiste Zeit, fast täglich, seit mindestens 2 Wochen
- Interessenverlust, Freudlosigkeit, Aktivitäteinschränkung
- Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Müdigkeit

Weitere mögliche Symptome

- Kognitive Einschränkungen (Konzentration, Aufmerksamkeit), Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit
- Reduziertes Selbstwertgefühl, geringes Selbstvertrauen, Gefühle der Wertlosigkeit
- Unangemessene Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
- Psychomotorische Agitation oder Gehemmtheit
- Suizidgedanken, suizidales Verhalten
- Schlafstörung
- Appetitmangel oder –steigerung mit Gewichtsveränderung

Altersabhängige Depressionszeichen

Altersstufe	Psychopathologisch	Somatisch
Kleinkind	Schreien, Unruhe, Weinen; Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut; unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation; reduzierte Kreativität, Fantasie und Ausdauer; Anhänglichkeit; Albernheit; selbststimulierendes Verhalten	Störungen des Ein- und Durchschlafens aufgrund unzulänglicher Selbstberuhigungsstrategien, Essstörungen und –verweigerung mit Gewichtsverlust, erhöhte Infektanfälligkeit („Kränkeln“)
Vorschulkind	Weinen, Reizbarkeit, aggressive Durchbrüche, Explosivität; Hypomimie, gestische und generell motorische Passivität, Introversion, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit; Irritabilität, geringe Frustrationstoleranz, Aggressivität; soziale und kognitive Entwicklungsverzögerung; Aufmerksamkeitssuche; Autostimulation	Sekundäre Enuresis/ Enkopresis, regressiver Sprachgebrauch, motorische Entwicklungsrückstände, Schlaf- und Essstörungen
Schulkind	Weinen, Trotz, Abwehr, (auto.)aggressives Verhalten; Selbstbericht über Traurigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Konzentrationsprobleme, Schulversagen; Sorgen, ggf. erste lebensmüde Gedanken; Such nach Zuwendung	Schlaf- und Essstörungen, somatische Beschwerden, regressives Verhalten
Jugendlicher	Teilnahmslosigkeit, Verzweiflung, Wut, läppischer Affekt, Verweigerung, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Verlangsamung von Denken und Handeln, Leistungsprobleme, kognitive Einschränkungen; Apathie, Angst, Ekel, Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe, Grübeln, Zukunftsängste, Suizidalität	Schlaf- und Essstörungen; psychosomatische Beschwerden, Morgentief, Früherwachen, Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

Die wichtigsten Belastungsfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen sind:

- Verlust eines Elternteils
- Konflikthafte Elternbeziehung und Scheidung
- Alleinerziehender Elterteil
- Psychische und körperliche Erkrankung eines Elternteils
- Deprivation, längerfristige Trennungserlebnisse im ersten Lebensjahr
- Niedriger Sozialstatus, Migration

Chronische Belastungen, wie Probleme in sozialen Beziehungen, Mangel an Freundschaften und Zuwendung, subjektiv gering empfundene Attraktivität, schulische Über- oder Unterforderung, Schulwechsel oder Teilleistungsschwäche können ebenfalls eine Depression auslösen.

Zeichen der Suizidalität

Interaktion	Sozialer Rückzug Andeutungen von Todesgedanken Verschenken wichtiger persönlicher Dinge Klärung noch offener Angelegenheiten
Verhalten	Verwahrlosungstendenzen Deutliche, untypische Verhaltensänderung Pflicht- und Alltagsvernachlässigung Substanzmissbrauch
Psychopathologie	Depressionssymptome Starkes Grübeln Leistungsknick Intensive Beschäftigung mit dem Thema Tod (Zeichnungen, Lektüre, Gedichte, Chatrooms etc.) Plötzlich gelöste Stimmung nach depressive Phase (Suizid als anspannungslösende Idee)
Alarmzeichen	Abschiedsbrief Konkrete Planung zur Suiziddurchführung Vorausgegangene ernste Suizidversuche

Multiaxiales Klassifikationsschema

Dr. med. Nawid Peseschkian
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Sozialpsychiatrische Praxis

Achse	Inhalt
I	**Klinische- psychiatrisches Syndrom**
II	**Umschriebene Entwicklungsstörungen** (Lese-/Rechtschreibstörungen, Dyskalkulie, motorische und sprachliche Entwicklungsdefizite etc.)
III	**Intelligenzniveau** (Ausschluss schulischer/beruflicher Überforderung)
IV	**Körperliche Symptomatik** (Ausschluss somatogener Depression)
V	**Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände** (abnorme intrafamiliäre Beziehungen, psychische Störungen/ abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie, inadäquater oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation, abnorme Erziehungsbedingungen, abnorme unmittelbare Umgebung, akut belastende Lebensereignisse, gesellschaftliche Belastungsfaktoren, chronische zwischenmenschliche Belastung bezogen auf Schule oder Arbeit)
VI	**Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus** (9 Stufen: „herausragende soziale Funktionen“ bis „tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, die beständiger Betreuung bedarf“)

Phasen der Depressionsbehandlung

- Akutbehandlung

  Ziel: Reduktion und bestenfalls Abbau der Symptomatik

- Weiterbehandlung

  Ziel: Verfestigung und Ausbau des Therapieerfolgs und Rückfallprophylaxe über sechs bis zwölf Monate

- Behandlung zur Aufrechterhaltung

  Ziel: Vorbeugung einer Wiederkehr der Depression bei Kinder und Jugendlichen mit chronischen, schwer und wiederkehrenden depressiven Störungen, ggf. in Phasen nach mehr als einem Jahr der Weiterbehandlung

Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen: Bausteine und Ziele

- **Psychoedukation**

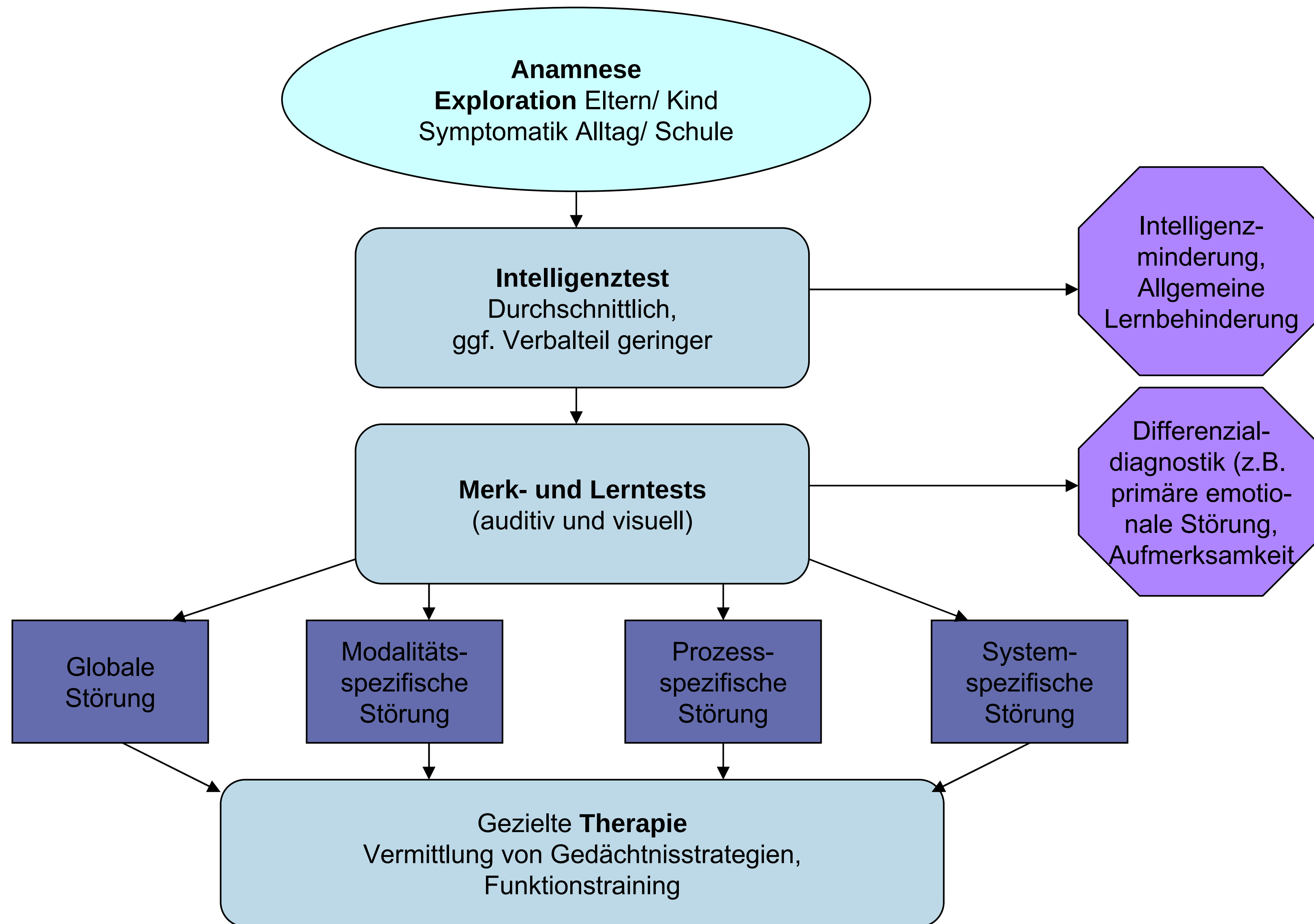
  Ziel: Die Betroffenen und ihre Familien werden über die vorliegende Symptomatik, ihre Hintergründe, Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.
- **Aufbau und Förderung von Freizeitinteressen und angenehmen Aktivitäten**

  Ziel: Es wird ein Verständnis dafür entwickelt, dass die Befindlichkeit von der eigenen Aktivität beeinflusst wird. Angenehme Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten werden entwickelt, geplant und umgesetzt.
- **Training sozialer Kompetenzen**

  Ziel: Soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen und die Bewältigung zwischenmenschlicher Probleme werden gefördert. Durchsetzungsvermögen und Selbstbehauptung werden gestärkt.
- **Kognitive Umstrukturierung**

  Ziel: Es wird erkannte, dass Gefühle und Verhalten von eigenen Gedanken und Bewertungsmustern beeinflusst werden. Ungünstige und einseitig negative Vorstellungen werden geprüft und relativiert.
- **Problemlösetraining**. Es werden Strategien entwickelt, Probleme gezielt und schrittweise anzugehen und zu bewältigen.
- **Verbesserung von Selbstkontrolle**. Die Kinder und Jugendlichen werden darin gefördert, sich machbare Ziele zu setzen, sich wirkungsvoller zu steuern und sich besser wahrzunehmen, zu bewerten und zu verstärken.

Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf Gedächtnisstörung



Übersicht zu aktuellen deutschsprachigen Intelligenztests

Dr. med. Nawid Peseschkian
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Sozialpsychiatrische Praxis

Verfahren	Dimensionalität	Alter	Dauer in min	Reliabilität	Differenzierung
Intelligenztests					
AID 2 Kubinger & Wurst (2002)	Gesamt- IQ Profil	6; 0 – 15; 11	30 - 75	•Konsistenz Raschhomogen •Split-half r=-70-.95 •Stabilität 4 W r=.57-.89	•Kinder mit „Spitzenbegabungen“ •Sonderschüler
HAWIK- IV Petermann & Petermann (2008)	Gesamt- IQ Profil	6; 0 – 16; 11	60 - 90	•Split-half r=.81-.91 •Stabilität 18 Tg. r=.76-.85	•Aufmerksamkeits-defizit-/Hyperaktivi-ätsstörung •Hochbegabung •Intelligenzminderung •Lese- Rechtschreib-schwäche
IDS Grob, Meyer & Hagmann- von Arx (2009)	Gesamt- IQ Profil	5; 0 – 10; 11	Ca. 60	•Konsistenz α=.77-.97 (Pilotphase)	•Aufmerksamkeits-defizit-/Hyperaktivi-ätsstörung •Hochbegabung •Lernbehinderung (all in Vorb.)
K- ABC Melchers & Preuss (2006)	Gesamt- IQ Profil	2; 6 – 12; 5	40 - 90	•Split-half r=.69-.93 •Stabilität 19 Tg. R=.57-.97	•Begabung •Geistiger Retardierung •Lernbehinderung •Hörbehinderung •Körperliche Behinderung •verhaltensstörung

Übersicht zu aktuellen deutschsprachigen Intelligenztests

Verfahren	Dimensionalität	Alter	Dauer in min	Reliabilität	Differenzierung
Nonverbale Intelligenztests					
CFT 1 Cattell, Weiss & Osterland (1997)	Gesamt- IQ	5; 3 – 9; 5	35 - 60	•Split-half r=.66-.96 •Stabilität7-24Tg. R=.61-.86	
CPM	Gesamt- IQ	3; 9 – 11; 8	20 – 30		
SON-R 2 ½ -7	Gesamt- IQ Profil	2; 6 – 7; 11	ca. 50		
SON-R 5.5 -7	Gesamt- IQ Profil	5; 6 – 17; 0	ca. 90		

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Ziele und Aufgaben der Diagnostik -

umfasst:

1. **das Denken**

2. **die Affekte**

3. **das Verhalten**

4. **das Körperliche**

5. **das Individuelle** und

6. **die psychosoziale Bedingungen**

Die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Auffälligkeiten betragen.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Hauptziel der Diagnostik -

1. **Indikationsstellung**

2. **Differenzierte Planung** von

a.) psychologischem

b.) psychosozialem

c.) und medizinischen Interventionen

3. **Ziel**: Verminderung der psychischen Auffälligkeiten

4. **Wichtig**: prognostische Beurteilung

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Diagnostischer Prozess/Teilziele -

1. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung (erster Kontakt von entscheidende Bedeutung)

2. Transformation vager beschwerden in konkreten Fragestellungen (häufig vage Beschwerden)

3. Kategoriale diagnostische Einordnung (Diagnose als Raster)

4. Differenzierte Erfassung der psychischen Auffälligkeiten sowie der psychosozialen Belastungen des Patienten

5. Erfassung spezieller Ressourcen und Kompetenzen des Patienten und seines psychosozialen Umfeldes (Ressourcen & Kompetenzen erkennen)

6. Differenzierte Erfassung der situativen Bedingungen unter denen das Verhalten auftritt und unter denen es erworben wurde (Bedingungsanalyse)

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Diagnostischer Prozess/Teilziele -

7. Selektive Indikationsentscheidungen (Treffen von Entscheidungen über therapeutische Strategien/Interventionsschritte)

8. Erfassung von Störungskonzepten, Therapieerwartungen und Therapiezielen (häufig verschiedene Erwartungen)

9. Klärung des therapeutischen Auftrags (verschiedene Aufträge)

10. Aufbau von Änderungsmotivation (Änderungssituation oft nicht vorhanden)

11. Therapiebegleitende Diagnostik (kontinuierliche Verlaufskontrolle)

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Einsatz von Diagnostik zur differenzierten Erfassung von:

- standardisierte Fragebogenverfahren,
- Methoden der Verhaltensbeobachtung,
- psychologische Testverfahren,
- körperliche Untersuchungen,
- Apparative Verfahren zur psychologischen oder medizinischen Diagnostik.

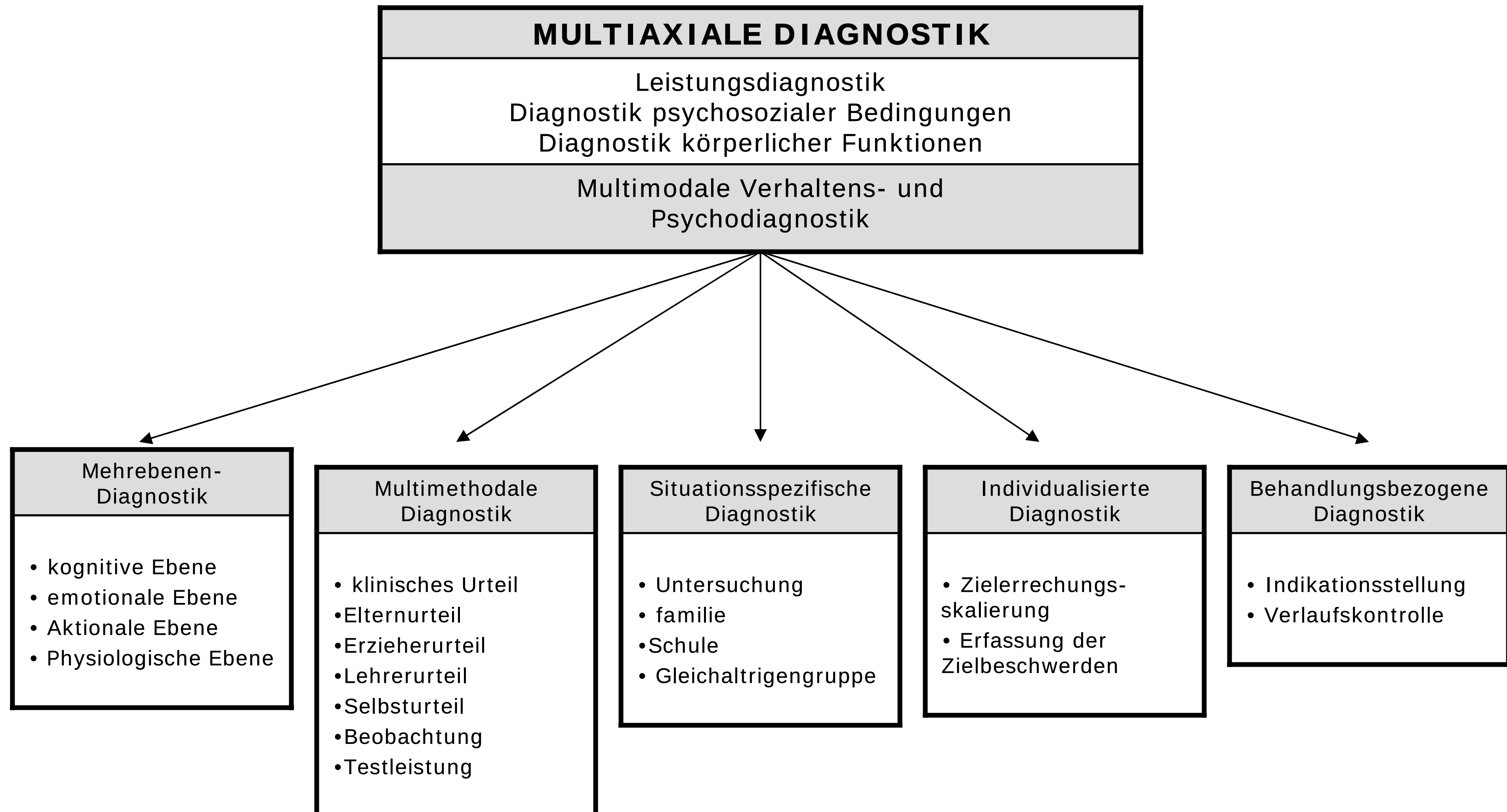
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Kategoriale versus dimensionale Diagnostik

• In der **kategorialen Diagnostik** werden psychische Störungen als diskrete, klar voneinander und von psychischer Normalität abgrenzbare und unterscheidbare Störungseinheiten beschrieben. Diesem kategorialen Ansatz sind die beiden wichtigsten klinischen Klassifikationssysteme, die Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (ICD) der Weltgesundheitsorganisation, die in ihrer zehnten Version vorliegt und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) der American Psychiatric Association in seiner vierten Version verpflichtet.

• In der **dimensionale Diagnostik** werden psychische Merkmale einer Person entlang eines Kontinuums erfasst und beschrieben. Sie basiert auf der methodischen Grundlage der Psychometrie und multivariater statistischer Verfahren und beschreibt psychische Auffälligkeiten anhand von empirische gewonnenen Dimensionen.

Komponenten der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik



Übersicht über die Leitlinie zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	
L1	Exploration der Eltern oder anderer Hauptbezugspersonen
L1.1	Exploration der Eltern: Basisdaten, Vorstellungsanlass, spontan berichtet Problematik und Erwartungen der Eltern
L1.2	Exploration der Eltern: Aktuelle psychische Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen
L1.3	Exploration der Eltern: Interessen, Aktivitäten, Kompetenzen und positive Eigenschaften des Kindes/Jugendlichen
L1.4	Exploration der Eltern: Entwicklungsstand und schulische Leistungen des Kindes/Jugendlichen
L1.5	Exploration der Eltern: Familiärer und sozialer Hintergrund
L1.6	Exploration der Eltern: Entwicklungsgeschichte des Kindes/Jugendlichen
L1.7	Exploration der Eltern: Einstellung zur Therapie
L2	Exploration und psychopathologische Beurteilung des Kindes/Jugendlichen
L2.1	Durchführung der Exploration von Kindern und Jugendlichen (etwa ab dem Schulalter)
L3	Exploration von Erziehern oder Lehrern
L4	Fragebogenverfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik
L5	Verfahren der Verhaltensbeobachtung und Selbstbeobachtung zur Verhaltens- und Pschychodiagnostik
L6	Projektive Verfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik
L7	Spezielle Verfahren der familien- und Interaktionsdiagnostik

Übersicht über die Leitlinie zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	
L8.1	Indikation für eine Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs- oder neuropsychologische Diagnostik
L8.2	Entwicklungsdiagnostik
L8.3	Intelligenzdiagnostik
L8.4	Diagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen
L8.5	Neuropsychologische Diagnostik
L9.1	Indikation für eine Diagnostik körperlicher Funktionen
L9.2	Hierarchie der Untersuchungsschritte bei der Diagnostik körperlicher Funktionen
L10	Integration der Ergebnisse der multimodalen Diagnostik

L1.1: Exploration der Eltern: Basisdaten, Vorstellungsanlass, spontan berichtete Problematik und Erwartung der Eltern

4. Erwartungen der Eltern

- Einstellung und Erwartung hinsichtlich Vorstellung
- Reaktionen der Eltern auf das Alter, das Geschlecht, auf ethische und andere Merkmale des Untersuchers sowie auf die Rahmenbedingungen der Untersuchung

5. Einverständnis zur Weitergabe und zum Einholen von Informationen

- Einverständnis zum Einholen von Berichten vom Kindergarten, von der Schule und anderen sozialen Einrichtungen sowie von Beartungsstellen oder klinischen Einrichtungen
- Übereinkunft darüber herstellen, wer (Arzt, Lehrer usw.) Informationen in welchem Umfang von Untersucher in welcher Art (bericht, telefonisch) erhalten soll.

L1.2 Exploration der Eltern: Aktuelle Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen

1. Einzelheiten der aktuellen Problematik, insbesondere für jedes einzelne Problem

- Genaue Beschreibung der Problematik.
- Unmittelbare Auslöser oder Bedingungen, unter denen das Problem auftritt (und nicht auftritt).
- Auftretenshäufigkeit und Intensität der Problematik.
- Konsequenzen, wenn das Problem auftritt (und nicht auftritt).
- Entwicklung des Problems, ursprüngliche Auslöser, damalige Bedingungen und Konsequenzen
- Verlauf des Problems, Zusammenhang mit Veränderung von psychosozialen Bedingungen.
- Vorausgegangene Bewältigungsversuche.
- Ausmaß der mit Problem verbundenen Belastungen des Kindes/Jugendlichen und der Bezugsperson, Beeinträchtigung sozialer, familiärer, kognitiver oder schulsicher Funktionen sowie ungünstige

2. Beziehung der einzelnen Probleme zueinander

L1.2 Exploration der Eltern: Aktuelle Auffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen

3. Andere psychische Auffälligkeiten in den Bereichen

- Interaktionsverhalten
- Aggressiv-dissoziales Verhalten
- Intelligenz, Entwicklungsstörungen und schulische Fertigkeiten
- Aktivität und Aufmerksamkeit
- Psychomotorik
- Angst und Zwang
- Stimmung und Affekte
- Eßverhalten
- Körperliche Beschwerden
- Denken und Wahrnehmung
- Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein
- Andere Störungen

L1.3 Exploration der Eltern: Interessen Aktivitäten, Kompetenzen und positive Eigenschaften des Kindes/Jugendlichen

- Spielvorlieben und Freizeitinteressen alleine oder mit Gleichaltrigen, einschließlich Fernseh- und Computerspielgewohnheiten sowie Ausmaß der elterlichen Kontrolle darüber.
- Spezielle Talente oder Interessen; wenn vorhanden, wie werden sie von der Familie, der Schule oder von Gleichaltrigen beurteilt?
- Andere positive Eigenschaften und Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen (z.B. Humor, Charme, Begeisterungsfähigkeit, Gerechtigkeitssinn)
- Religiöse und weltanschauliche Orientierung, Ziele und Zukunftsperspektiven, Überseinstimmung mit den Werten und Erwartungen der Familie (im Jugendalter).
- Auswirkung der Probleme des Kindes auf seine Fähigkeiten, seine üblichen Freizeitaktivitäten durchführen und zu genießen.

L1.4 Exploration der Eltern: Entwicklungstand und schulischen Leistung des Kindes/Jugendlichen

- Betreuung in einer Förder-/Sondereinrichtung, Förder-/Sonderbeschulung oder spezielle Förderung in einer Regeleinrichtung (z.B. als Integrationsmaßnahme)
- Vor der Einschulung: Entwicklungsstand in den bereichen Sprache (Sprachverständnis, Artikulation, Wortschatz, Satzbildung), Grobmotorik (Laufen, Ballspielen, Radfahren), Feinmotorik und visuelle Wahrnehmung (Zeichnen), Spielen (Ausdauer, Kreativität, Differenziertheit>), praktische und soziale Selbstständigkeit und die Entwicklung der Sauberkeit
- Im Schulalter: schulische Stärken und Schwächen
- Schullaufbahn einschließlich Schulwechsel und Klassenwiederholung, Trennungsschwierigkeiten, Anwesenheitsprobleme und Disziplin-Probleme in der Schule
- Schulische Lern. Und Leistungsmotivation, Leistungsängste
- Fähigkeit zur Organisation von Kernprozessen und Arbeitsabläufen

L1.5 Exploration der Eltern: Familiärer und sozialer Hintergrund

1. Haushalt und Familie

- Zusammensetzung der Familie und Änderungen
- Berufliche, finanzielle und Wohnsituation (einschließlich Privat- und Intimsphären, Schlafbedingungen)
- Aufgabenverteilung in der Familie und familiäre Aktivitäten (einschließlich Alltagsleben, Freizeit- und Erholungsaktivitäten) und Zufriedenheit damit
- Familienregeln, Grenzen und ihre Beachtung durch Familienmitglieder
- Unterschiede in der Beurteilung der Probleme des Kindes durch die einzelnen Familienmitglieder
- Beziehungen des Kindes/Jugendlichen zu Geschwistern und anderen Familienmitgliedern (Wärme, Konflikte, Vertrauen, Abhängigkeit, Unabhängigkeit, Rivalität)
- Vorherrschende emotionale Stimmung in der Familie (unterstützend, kritisierend oder feindselig, übermäßige oder zu geringe Kontrolle)
- Allianzen innerhalb der Familie und Rolle des Kindes dabei; Position des Kindes im Familiensystem
- Problemlöse- und Kommunikationsstil der Familie
- Vergangene und gegenwärtige Belastungen und Krisen in der Familie (z.B. durch Krankheit, Unfälle, Trennungen)

L1.5 Exploration der Eltern: Familiärer und sozialer Hintergrund

2. Eltern

- Stärken, Schwächen und Konfliktbereiche als Person, als Paar & als Eltern
- Einstellungen der Eltern zum Kind einschließlich Hoffnungen, Ängste, Erwartungen oder Bereiche fehlender Überseinstimmung hinsichtlich des Kindes
- Art der Bindung der Eltern an das Kind im Verlauf der Entwicklung; Qualität der Eltern-Kind-Beziehung. Wie gut passen Eltern und Kind hinsichtlich ihres Temperamentes zusammen?
- Erfahrungen in den Herkunftsfamilien der Eltern, welche die Einstellung zum Kind oder das verhalten dem Kind gegenüber beeinflusst haben

3. Psychische Störungen und körperliche Erkrankungen bei Familienmitgliedern/erstgradig Verwandten

- Art der Störung/Erkrankungen
- Auswirkungen auf die Familie

L1.5 Exploration der Eltern: Familiärer und sozialer Hintergrund

4. Bedingungen im Kindergarten/in der Schule und in Gleichaltrigengruppe

- Integration der Kindes in Gruppen (Im Kindergarten, Schule, Gleichaltrige, Freizeitgruppen), Teilnahme an spontanen oder organisierten Gleichaltrigen-Aktivitäten.
- Anzahl und Art der Freunde einschließlich Präferenzen bezüglich Alter und Geschlecht, soziale Kompetenzen und Defizite. Bei Jugendlichen: Fähigkeit, intime Beziehungen einzugehen m sexuelle Aktivitäten und Orientierung
- Ressourcen im Kindergarten/in der Schule (z.B. Kleingruppenunterricht, Kleingruppenbeschäftigung, Integrationsmaßnahmen, Förderunterricht)
- Belastender Bedingungen im Kindergarten/in der Schule (z.B. Gruppen-/Klassengröße, Anteil verhaltensauffälliger Kinder)
- Erzieher– bzw. Lehrer-Kind-Beziehung und Erzieher– bzw. Lehrer-Eltern-Beziehung

L1.5 Exploration der Eltern: Familiärer und sozialer Hintergrund

5. Bedingungen des psychosozialen und kulturellen Umfeldes, einschließlich schädigender Einflüsse

- Soziale Unterstützung und Ausgrenzung durch Verwandte oder Freunde
- psychische Belastungen der Eltern am Arbeitspatz
- Ethnischer, kultureller und religiöser Hintergrund

6. Ungewöhnliche oder traumatische Lebensbedingungen

- Sexueller Missbrauch oder Misshandlung, Vernachlässigung oder Überstimulation
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch durch die Eltern oder andere Familienmitglieder
- Gewalt in der Familie oder am Wohnort und Katastrophen
- Art der Exposition, Reaktion des Kindes und der Familie darauf, Gefahr der fortgesetzten Exploration

1. Beschreibung des Zustandes

Subjektiv-kognitive Ebene (α):
- Sorge um die Mutter könnte etwas passieren.
- Sorge, er selbst könne krank werden.

Verhaltensebene (β):
- Klagt über Beschwerden.
- Bleibt im Bett liegen und weigert sich aufzustehen.

Physiologisch-emotionale Ebene (γ):
- Fühlt sich elend, spürt Angst.
- Hat Bauschmerzen und Herzklopfen.

Intensität und Frequenz:
- Seit vier Wochen an jedem Schultag, besonders heftig montags.

Oszillation:
- Symptome sind konstant vorhanden, nehmen eher zu. Vor vier Wochen traten die Angstsymptome ebenfalls schon auf, aber die Schule wurde noch unregelmäßig besucht.

2. Horizontale Analyse des Problemverhaltens

S: Wecker klingelt an einem Schultag, Mutter weckt das Kind auf.

O: Allgemeine Ängstlichkeit.
Minderwuchs.
Allgemeine Insuffizienzgefühle.

R: α Gedanke: mir/meiner Mutter könnte etwas passieren.
β Vermeidet Schulbesuche
γ Bauschmerzen, Herzklopfen, Angst

C: Angst vermindert sich wieder (negative Verstärkung)
Vermehrte Zuwendung der Eltern (positive Verstärkung)

K: Negative Verstärkung durch Angstminderung erfolgt kontinuierlich.
Positive Verstärkung durch vermehrte Zuwendung der Eltern erfolgt intermittierend.

3. Analyse der Entstehung des Problemverhaltens

Überbehütende Tendenzen der Mutter seit geburt des Sohnes (Modellernen, Verstärkung, von ängstlichen Verhalten). Auslöser waren heftige Auseinadersetzungen zwischen den Eltern vor drei Monaten mit Drohungen der Mutter, das haus zu verlassen(klassische Konditionierung von Angst).

4. Analyse subjektiver Störungskonzepte

Junge: Hat das Gefühl, die Angst nicht beeinflussen zu können; sieht keinen Zusammenhang zwischen der Symptomatik und anderen eigenen Problemen oder Familienproblemen; möchte am liebsten einen Hauslehrer haben.

Eltern: Mutter ist sehr besorgt, dass der Junge nicht doch körperlich krank sei, erkennt eigene überbehütende Tendenzen und Eheprobleme als Hintergrund für die Entwicklung der Symptomatik; glaubt dass der Junge Entlastung brauche; Vater meint, der Junge solle sich nicht so anstellen

5. Analyse des bisherigen Umgangs mit Problemen

Bislang starke Entlastung und Zuwendung durch die Mutter. Eltern streiten sich über den richtigen Weg. Vater meint, die Mutter müsse strenger sein, hält sich aber zurück.

Psychische Krankheiten - Häufigkeit

Insgesamt hat etwa jedes/r zwanzigste Kind und Jugendliche in Deutschland eine behandlungsbedürftige psychische Krankheit.

Etwa jedes fünfte Kind klagt über psychosomatische Beschwerden.

Insgesamt sind etwa 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig.

Psychische Krankheiten - Schwerpunkte

Die 6-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter liegen bei 17,2 Prozent.

Davon entfallen

- 9,8 % auf Angststörungen
- 7,5 % auf externalisierende Störungen
- 5,9 % auf depressive Störungen.

Psychische Krankheiten - Schwerpunkte

- **Angststörungen** sind danach die häufigsten psychischen Erkrankungen. Im Kindesalter dominieren Trennungsangst und Überängstlichkeit.

  Mit der Pubertät treten soziale Phobie und Agoraphobie sowie Panikstörungen besonders häufig auf.

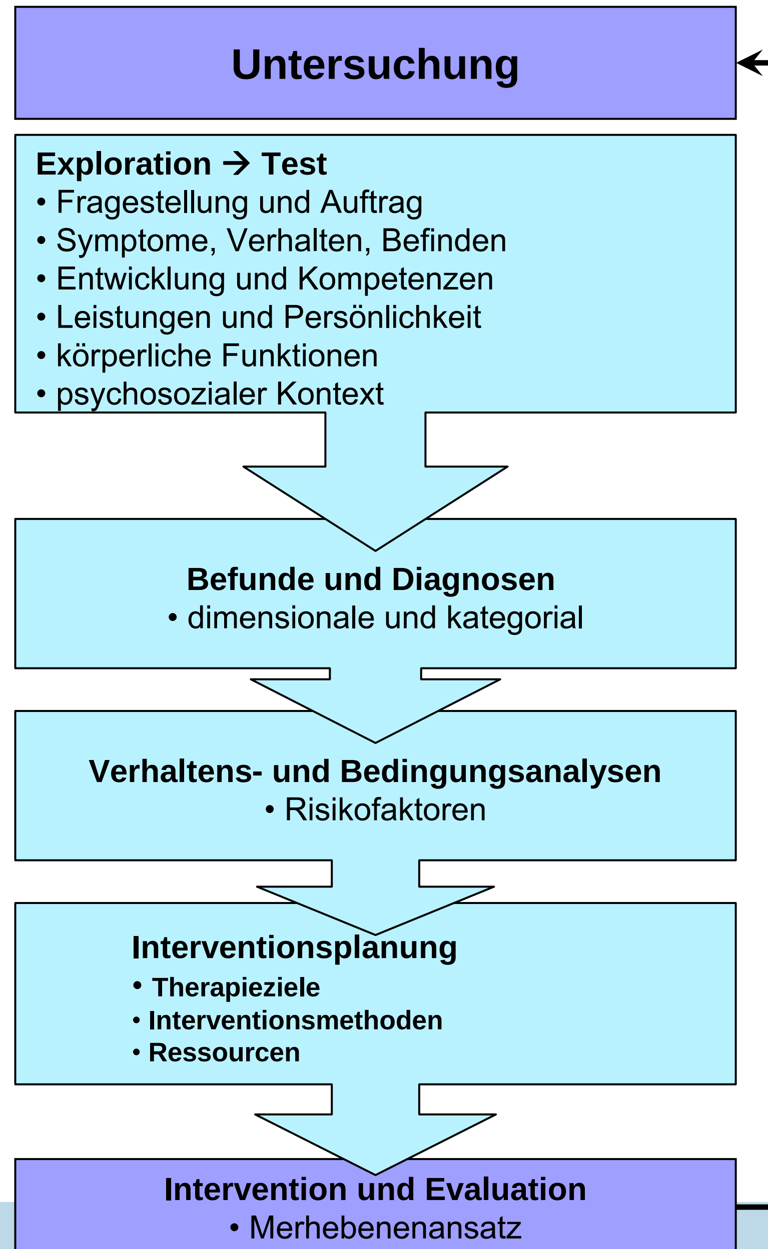
- **Externalisierende Störungen** gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindesalter. Dabei dominieren Störungen des Sozialverhaltens (zwei Drittel der externalisierenden Störungen) und hyperkinetische Störungen wie z.B. ADHS. Diese werden besonders oft chronisch und haben gravierende Konsequenzen für die schulische und berufliche Laufbahn.

- **Depressive Störungen** sind im Kindesalter eher selten und nehmen erst im Jugendalter deutlich zu. Depressive Jugendliche sind stärker suizidgefährdet und bleiben in ihrer psychosozialen sowie der schulischen und beruflichen Entwicklung zurück.

Weitere Störungen, die seltener auftreten

- **Essstörungen**
- **Schlafstörungen** (relativ häufig aber meist in einem geringen Schweregrad ausgeprägt und keine psychotherapeutische Behandlung erforderlich)
- **psychosomatische Erkrankungen** (insbesondere bei schweren chronischen körperlichen Erkrankungen)
- Störungen der Ausscheidung, besonders **Enuresis** (Bettnässen) (überdurchschnittlich häufig, heilen in vielen Fällen auch ohne psychotherapeutische Behandlung (Spontanremissionen))
- **Regulations- und Fütterstörungen** (während der ersten Lebensjahre und haben in der psychotherapeutischen Versorgung deutlich zugenommen)
- **umschriebene Entwicklungsstörungen** (z. B. Lese-Rechtschreib-Schwäche) (relativ große Gruppe von speziellen Leistungsstörungen in der Informationsverarbeitung und Handlungsorganisation)
- **Ticstörungen und Stereotypien** (im Kindesalter häufig, aber mit geringem Schweregrad und hohen Raten an Spontanremissionen)

Der diagnostische- therapeutische Prozess



Die Achsen I und II der diagnostischen Klassifikation: 0-3

Klassifikation 0-3
Achse I: Primäre Diagnose
100 posttraumatische Stressstörung
200 Affektstörungen
201 Angststörungen im Säuglings- und Kleinkindalter
202 Stimmungsstörung: verlängerte Trauer/Gramreaktion
203 Stimmungsstörung: Depression im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit
204 gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks
205 Geschlechtsidentitätsstörung der frühen Kindheit
206 reaktive Bindungsstörung/Deprivation/Vernachlässigung in der frühen Kindheit
300 Anpassungsstörung
400 Regulationsstörungen
401 Typ I: hypersensitiv
402 Typ II: unterreaktiv
403 Typ III: motorisch desorganisiert, impulsiv
404 Typ IV: andere

Die Achsen I und II der diagnostischen Klassifikation: 0-3

500 Schlafverhaltensstörung
600 Essverhaltensstörung
700 Störungen der Bezogenheit und der Kommunikation multisystemische Entwicklungsstörung
701 Muster A
702 Muster B
703 Muster C
Achse II: Klassifikation der Beziehungsstörungen
901 überinvolviert
902 unterinvolviert
903 ängstlich-gespannt
904 zornig-feindselig
905 gemischte Beziehungsstörung
906 missbrauchende Beziehungsstörung
906 a. verbal missbrauchend
906 b. körperlich missbrauchend
906 c. sexuell missbrauchend

Elemente der Familiendiagnostik

Familienstruktur und –interaktion
Entwicklungsphase der Familie im Lebenszyklus
Soziokultureller Kontext der Familie
Entwicklung der Eltern in der Herkunftsfamilie
Umgang mit dem Symptom des Kindes, Bedeutung des Symptoms für die Familie
Problemlösungsmöglichkeiten in der Familie

Meilensteine der sprachlichen Entwicklung (nach Largo, 1995)

Dr. med. Nawid Peseschkian
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Sozialpsychiatrische Praxis

0-3 Monate
Neugeborene: angeborenes Interesse and menschlichem Gesicht und Stimme
Schreien: Vermittlung von Botschaften (zu vergleichen mit Tiersignalen) aber auch schon durch Bezugspersonen interpretierbar
zunächst a-a-a, oo-oo-oo, guhr-guhr, später singende Töne are-are, agne-agne
zunehmendes Plaudern ersetzt Schreien
4-9 Monate
erfasst den gefühlsmäßigen Ausdruck der Stimme
erstes Verständnis für Situationen, Personen, Gegenstände und Aktivitäten im Alltag
Kind erlebt Worte (sehen, hören, fühlen)
ab 5. Monat spezifisches Plaudern
p, b oder m, Blas- oder Reiblaute ab 6. Monat zunehmend mehr Konsonanten
erste einfache Formen der Konversation (soziales Lächeln, nachplappern)
Variabilität steigt (Lautstärke, Tonhöhe)
ab 7-8 Monate unmittelbare Nachahmung (sehr variabel, Mädchen etwas schneller)
ta-ta, ma-ma, ba-ba (70% bis 12 Monate)
Gestik (Winken) mit Bedeutung ensteht
gugu- Dada Spiel

Meilensteine der sprachlichen Entwicklung (nach Largo, 1995)

10-24 Monate
Ausdrucksfähigkeit sehr variabel, Sprachverständnis einheitlicher
12 Monate: kennt Personen, Gegenstände aus dem Alltag beim Namen, versteht einfach Aufforderungen (referentieller Blickkontakt entsteht)
im 2. Lebensjahr (18 Monate): Verstehen von räumlichen Verhältnissen (in/auf/unter/hinter/vor)
Sprechjargon (Nachahmen der Umgebungssprache)
ahmt sämtliche Geräusche der Umgebung nach (Tierlaute/fahrende Autos)
drei und mehr Worte ab 14.-18. Monat
undeutliche Aussprache, ausgeweitete Bedeutung
Zweiwortsätze (Papa Schuhe) zwischen 15. Monat und 3 ½ Jahren (80% bis 2 LJ)
mit 15-18 Monaten wird der Vorname benutzt
mein/mir/du/ich
ab 2 Jahre
nach und nach werden Adjektive, Verben, räumliche Verhältnisse in die Sprache einbezogen
der Zeit- und Mengenbegriffe entwickelt sich (3. LJ)
Kategorisieren beginnt (3. LJ)

Motorische Entwicklung in den ersten Lebensjahren (nach Michaelis und Niemann 2000)

Körpermotorik	
3. Monat	- sicheres Kopfheben in Bauchlage - Abstützen auf die Unterarme
6. Monat	- bei langsamen Hochziehen zum Sitzen Arme angebeugt - Kopf in Rumpfebene gehalten
9. Monat	- sicheres, zeitlich nicht beschränktes freies Sitzen mit geradem Rücken und gutes Kopfkontrolle (Langsitz noch nicht zu fordern)
12. Monat	- sicheres Stehen mit Festhalten an Möbeln und Wänden
15. Monat	- Gehen mit Festhalten an Händen durch Erwachsene oder an Möbeln und Wänden
18. Monat	- freies Gehen mit sicherer Gleichgewichtskontrolle
2. Jahr	- sicheres Rennen - Umsteuern von Hindernissen
3. Jahr	- breitbeinig Abhüpfen von untersten Treppenstufen
4. Jahr	- koordiniertes Treten und Steuern auf Dreirad oder ähnlichem Fahrzeug
5. Jahr	- freihändig Treppensteigen mit Beinwechsel

Motorische Entwicklung in den ersten Lebensjahren (nach Michaelis und Niemann 2000)

Handmotorik	
3. Monat	- Hände und Finger über der Körpermittellinie zusammengeführt
6. Monat	- Gegenstände oder Spielzeug von einer Hand in die andere transferiert, radial betontes Greifen mit der ganzen Hand
9. Monat	- Gegenstand in einer oder in beiden Händen gehalten und durch Tasten intensiv exploriert
12. Monat	- Pinzettengriff mit Daumen und Zeigefinger
15. Monat	- zwei Klötzchen (Kantenlänge 2-3 cm) nach Aufforderung (und Zeigen) aufeinander gesetzt
18. Monat	- Gegenstände, vom Kind in der Hand gehalten, auf Verlangen hergegeben, in Gefäß getan oder herausgeholt
2. Jahr	- Buchseiten einzeln umgeblättert - Bonbon geschickt ausgewickelt
3. Jahr	- kleine Gegenstände präzise mit Fingerspitzen ergriffen und an anderer Stelle wieder auf- oder eingesetzt
4. Jahr	- Malstift korrekt zwischen den ersten drei Fingern gehalten
5. Jahr	- Kinderschere kann benutzt werden; Kleben - einfaches Basteln möglich - Voralgen können unter Beachten der Begrenzung sauber ausgemalt werden

Protektive Faktoren (nach Lauch et al. 1997)

Personale Ressourcen
Weibliches Geschlecht (nur in der Kindheit)
Erstgeburt
Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)
Positives Selbstwertgefühl
Überdurchschnittliche Intelligenz
Positives Sozialverhalten mit soziale Attraktivität
Familiäre Ressourcen
Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson
Offenes und unterstützendes Erziehungsklima
Familiäre Kohäsion
Modelle positiver Bewältigung
Extrafamiliäre Ressourcen
Soziale Unterstützung
Positive Freundschaftsbeziehungen
Positive Schulerfahrung

Psychopathologische Befunderhebung bei Kindern und Jugendlichen

Äußerliches Erscheinungsbild
Attraktivität, Größe, Gewicht, Reife, Fehlbildungen, Minor- Anomalien, erworbene körperliche Entstellungen, Kleidung, Sauberkeit
Kontakt- und Beziehungsfähigkeit
Abhängigkeit von der Begleitperson, Aufnahme der Beziehung zum Untersucher, Rapport, Selbstsicherheit, Kooperation
Emotionen
Stimmung, Affekte, Angst, psychomotorischer Ausdruck
Denkinhalte
Ängste, Befürchtungen, Phantasien, Träume, Denkstörungen, Selbstkonzept, Identität
Kognitive Funktionen
Aufmerksamkeitssteuerung, Orientierung, Auffassung, Wahrnehmung, Gedächtnis und Merkfähigkeit, allgemeine Intelligenz
Sprache
Umfang, Intonation, Artikulation, Vokabular, Komplexität, Sprachverständnis, Gesten
Motorik
Antrieb und Aktivität, qualitative Auffälligkeiten: z.B. Tics, Stereotypien, Automulation, Jakationen
Soziale Interaktion
Position/Beziehungen innerhalb der Familie/Schulklasse/Gleichaltrigengruppe/Freundeskreis
Andere Befunde
-oppositionell- dissoziales Verhalten, Zwang -Essverhalten, körperliche Beschwerden, Substanzmissbrauch, Suizidalität, Sexualität

	Angst-störungen	Depression	Manie	Schizophrenie	Tiefgreifende Entwick-lungsstörung	Hyperkine-tische Störung	Störung des Sozial-verhaltens
Äußerliches Erschei-nungsbild	-gespannt -überwachsam	-ausdrucksarm	-provokativ -evtl. verwahrlost	-ungepflegt -bizarr -verwirrt	-abhängig von koexistierender geistiger Behinderung	-unauffällig bis vernachlässigt	-unauffällog
Kontakt-verhalten	-schüchtern -verhalten -an den Eltern klebend	-ohne Initiative -unspontan -nur reagierend	-enthemmt -distanzlos -albern	-zurückhaltend -ausweichend -unangemes-sen	-fehlender Blickkontakt -nicht reagierend	-distanzlos	-unkooperativ -evtl. provokativ
Emotionen	-überregt -überkontrolliert	-traurig -gereizt -gelangweilt -freudlos	-gereizt, labil -albern, clownesk -neckisch, euphorisch	-läppisch -reduzierter mimischer Ausdruck -argwöhnisch	-unangemessenes Weinen/Lachen -unvorhergesehen Affektausbrüche -fehlende Mimik	-unauffällig -häufig fröhlich und witzig	-unauffällig bis gereizt -aggressiv
Denkinhalte	-Ängste -Befürchtungen	-Selbstentwert-ung -Grübeln -Suizidalität	-grandiose Selbstüber-schätzung	-Halluzina-tionen -Wahnideen	-inhaltsarm -konkretistisch	-unauffällig	-häufig vorwurfsvoll -Auseinander-setzungen -Machtkämpfe
Kognitive Funktionen	-unauffällig	-unaufmerksam, abgelenkt -entscheidungs-schwach	-unaufmerksam -abgelenkt	-unaufmerksam -abgelenkt	-abhängig von der Intelligenz-minderung -unaufmerksam	-unaufmerksam -abgelenkt	-unauffällig
Sprache und Sprechen	-unauffällig evtl. gepresst	-verlangsamt -reduziert -leise	-schnelles, gepresstes übermäßiges Sprechen	-wenige inhaltsarme verzögerte Äußerungen -blockiert	-evtl. fehlend -Echolalien -Neologismen -Pronominalumkehr -geringe Prosodie -pragmatisch defizitär	-unkontroll-iertes Dazwischen-reden -häufig Recht-schreibpro-bleme	-unauffällig -evtl. assoziierte Lese-Rechtschreib-Probleme
Motorik und Aktivität	-unauffällig -bis verspannt -unruhig	-wenig spontan -verzögert -träge	-gesteigert -evtl. ziellos -impulsiv	-überaktiv bis verlangsamt -antriebslos	-überaktiv bis verlangsamt -ziellos -Stereotypen	-unruhig -zappelig -ziellos	-unauffällig

Übersicht über Themen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. med. Nawid Peseschkian
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Sozialpsychiatrische Praxis

- Geistige Behinderung
- Autismus
- Schizophrenie
- Hirnstörung
- Hyperkinetische Störung
- Bewegungsstörungen
- Störungen der Sprache und des Sprechens
- Lernstörungen
- Angststörungen
- Affektive Störungen
- Zwangsstörungen
- Belastungs- und Anpassungsstörungen
- Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik
- Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Krankheiten und Behinderungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Substanzmissbrauchsstörungen
- Deprivationsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Sexuelle Störungen
- Suizidalität

Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD- 10 Kapitel V

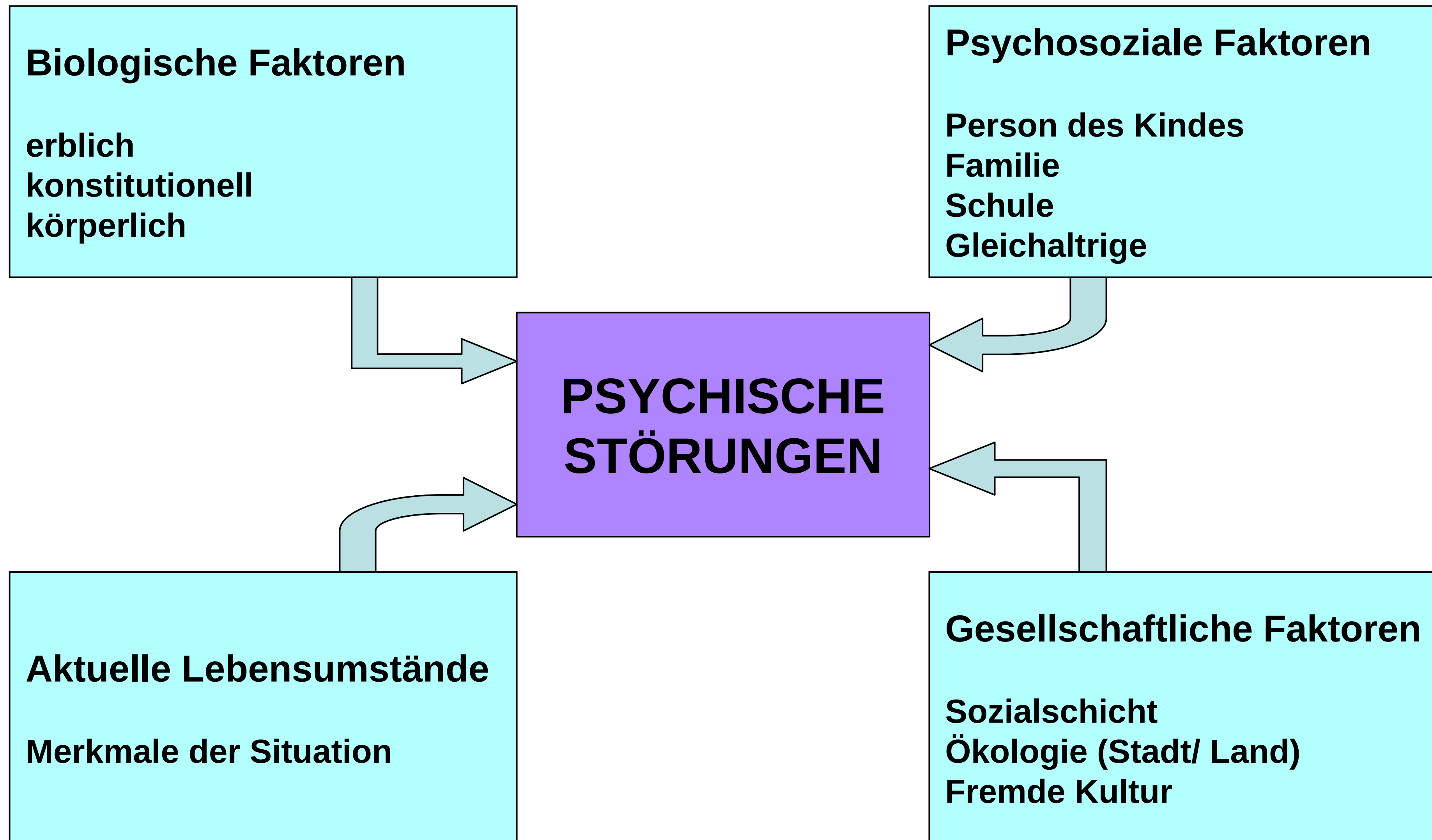
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Übersicht über Themen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik
- Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Krankheiten und Behinderungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Substanzmissbrauchsstörungen
- Deprivationsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Sexuelle Störungen
- Suizidalität
- Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Familientherapie
- Psychopharmakotherapie
- Funktionelle Therapie

Das Mehr- Ebenen- Modell seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Dr. med. Nawid Peseschkian
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Sozialpsychiatrische Praxis



Merkmale der Beeinträchtigung

- Leiden
- Soziale Einengung
- Beeinträchtigung der Entwicklung
- Auswirkung auf andere

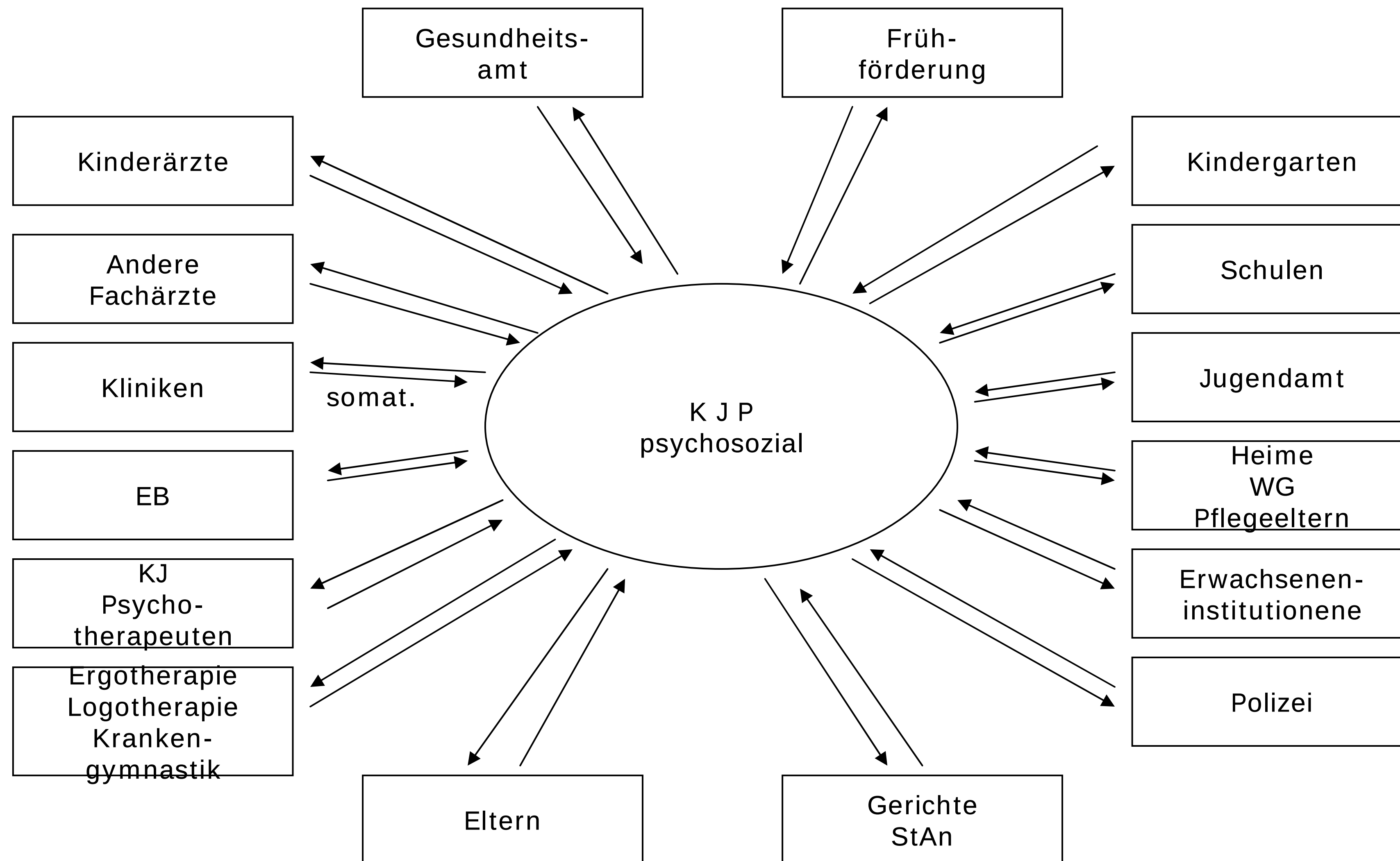
Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS)

- Achse 1: Seelische Störung
- Achse 2: Entwicklungsstörung
- Achse 3: Intelligenz
- Achse 4: Körperliche Krankheiten
- Achse 5: Begleitende psychosoziale Umstände
- Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Entwicklungspsychopathologie

- Biologische Bedingungen
- Prämorbide Persönlichkeit
- Bewältigungsprozesse
- Symptome

Zusammenarbeit der ambulanten KJP-Praxis mit anderen Stellen



Die 10 Gebote der Erziehung

1. Was Sie tun, zählt
2. Zu viel Liebe gibt es nicht
3. Nehmen Sie Anteil am Leben Ihre Kindes
4. Passen Sie Ihren Erziehungsstil Ihrem Kind an
5. Stellen Sie Regeln auf und setzen Sie Grenzen
6. Fördern Sie die Unabhängigkeit Ihres Kindes
7. Konsequenz ist wichtig
8. Harte Strafen sind verboten
9. Erklären Sie Ihre Regeln und Entscheidungen
10. Behandeln Sie Ihr Kind mit Respekt

Positives Selbstwertgefühl	Negatives Selbstwertgefühl
• Das schaffe ich schon! • Ich bin auch mal dran! • Schau mal, wie groß ich schon bin! • Beim nächsten Mal klappt es sicher! • Ich gehe und suche mir jemanden zum Spielen!	• Das kann ich doch nicht! • Nie komme ich dran! • Die Anderen sind größer, besser, schneller...als ich! • Es hat ja doch keinen Zweck, ich schaffe ja nie etwas! • Keiner spielt mit mir!

Quelle: Klaus Fischer, „Erziehung zur Selbstachtung“

Konzept der Bedürfnishierarchie, nach U. Nuber

1. Transzendenz
Spirituelle/
Religiöse Bedürfnisse

2. Selbstverwirklichung
Das Bedürfnis, die eigenen
Fähigkeiten ausleben
zu können, Ziele haben,
Lebenspläne verwirklichen

3. Ästhetische Bedürfnisse
Bedürfnisse nach
Ordnung und Schönheit

4. Kognitive Bedürfnisse
Das Bedürfnis nach
Wissen, Verstehen,
nach Neuem,
intellektueller Anregung

5. Selbstwert
Das Bedürfnis nach Vertrauen
zu sich selbst und dem Gefühl,
etwas wert zu sein aufgrund eigenen
Erlebens und der Anerkennung
von anderen

6. Bindung
Das Bedürfnis nach Zuge-
hörigkeit, Verbindung mit
Anderen, zu lieben und geliebt
zu werden

7. Sicherheit
Das Bedürfnis nach
Sicherheit, Ruhe, Freiheit
und Angst

8. Biologische Bedürfnisse
Bedürfnis nach Nahrung,
Wasser, Sauerstoff, Ruhe,
Sexualität, Entspannung

Quelle: Klaus Fischer, „Erziehung zur Selbstachtung“

Lebenstüchtigkeit

Um Kinder zu lebenstüchtigen Menschen zu erziehen, müssen Eltern und professionelle ErzieherInnen in Institutionen das Zusammenleben mit Kindern so gestalten, dass sie wesentliche ***Grunderfahrungen*** machen können, die ihnen helfen:

- **eigenverantwortlich**
- **selbstbewusst**
- und **rücksichtsvoll**

mit sich und Anderen umzugehen.

Quelle: Klaus Fischer, „Erziehung zur Selbstachtung“

Selbstachtung, Selbstvertrauen, Ich – Stärke

Ich bin wertvoll
Ich vertraue mir
Ich kann „nein“ sagen

Selbstkontrolle, Frustrationstoleranz

Ich muss nicht alles sofort haben,
Ich kann mit Grenzen umgehen.

Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit

Ich stelle mich meinen Problemen.
Ich lasse mich nicht unterkriegen.

Gesundheitsbewusstsein

Ich gehe sorgsam mit mir um.
Mein Körper ist mir wichtig.

Quelle: Klaus Fischer, „Erziehung zur Selbstachtung“

Soziale Kontaktfähigkeit

Andere Menschen sind mir wichtig.
Ich kann Kontakte knüpfen, vertiefen und auch beenden.

Genuss- und Erlebnisfähigkeit

Ich kann den Augenblick genießen und meine Seele baumeln lassen.
Es gibt viel Schönes auf der Welt zu entdecken.

Umgang mit Gefühlen

Ich nehme meine Gefühle wahr, kann sie zulassen und ausdrücken.
Ich kann mit meinen Stimmungen umgehen.

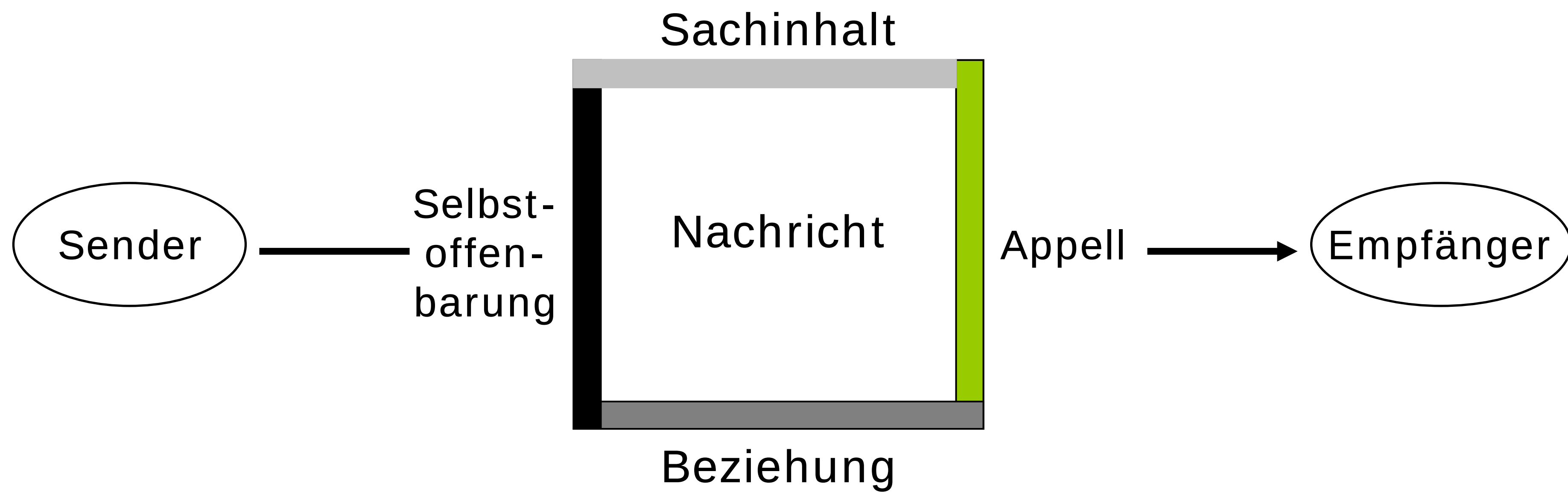
Zukunftsperspektive, Sinn und Werte

Leben lohnt sich und macht Sinn.
Ich weiß, wofür ich mich einsetze.

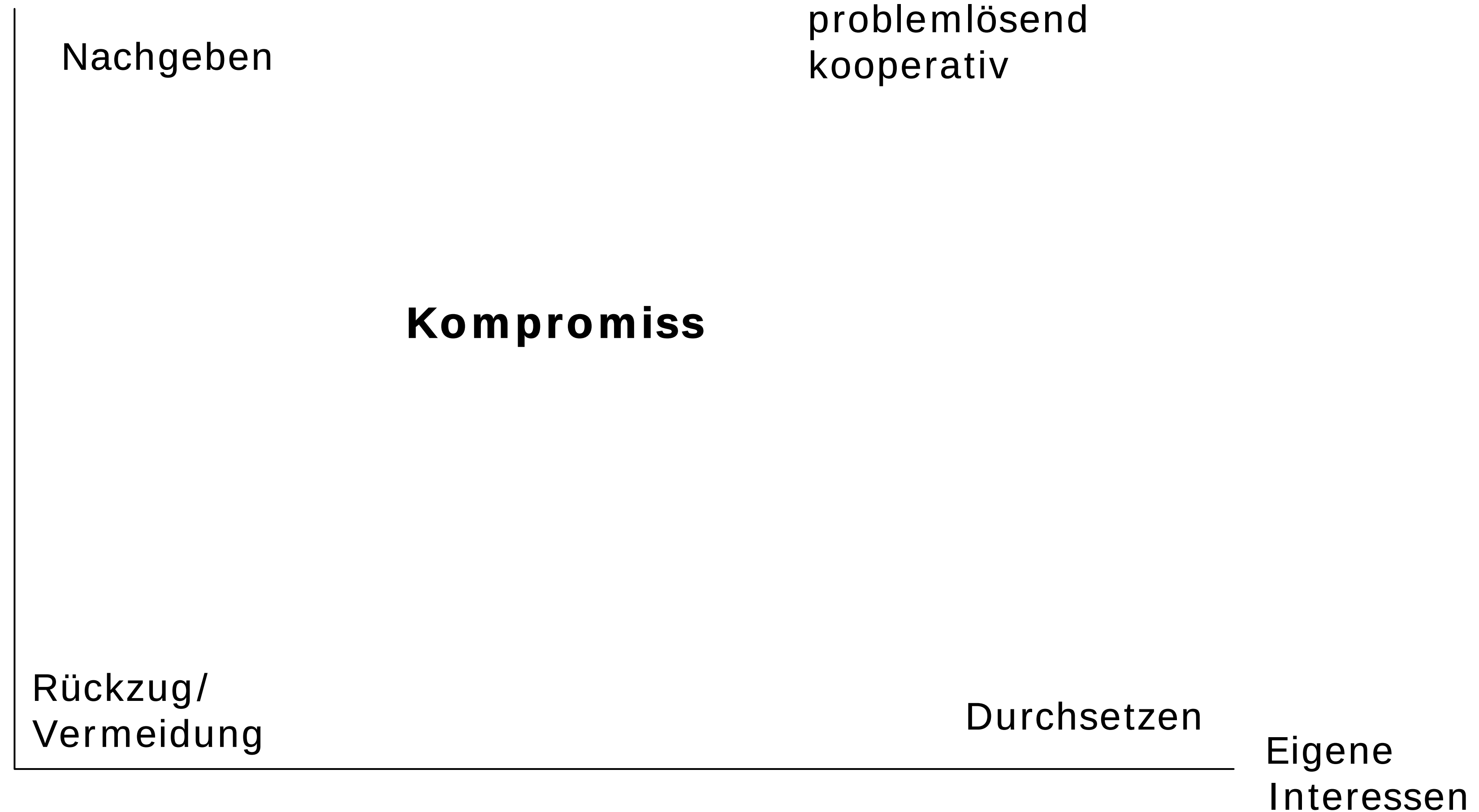
Sieben Basics wirksamer Eltern

1. Bejahe deine Zuständigkeit als Mutter/Vater
2. Fördere positive Beziehungen in der Familie
3. Fördere Verbindlichkeit
4. Lebe deinen Glauben/Deine Wertvorstellungen
5. Achte auf Dich selbst
6. Sorge für eine sichere Bewältigung des Alltags
7. Bleibe realistisch

Ein Satz hat viele Botschaften:



Verhalten in Konfliktsituationen



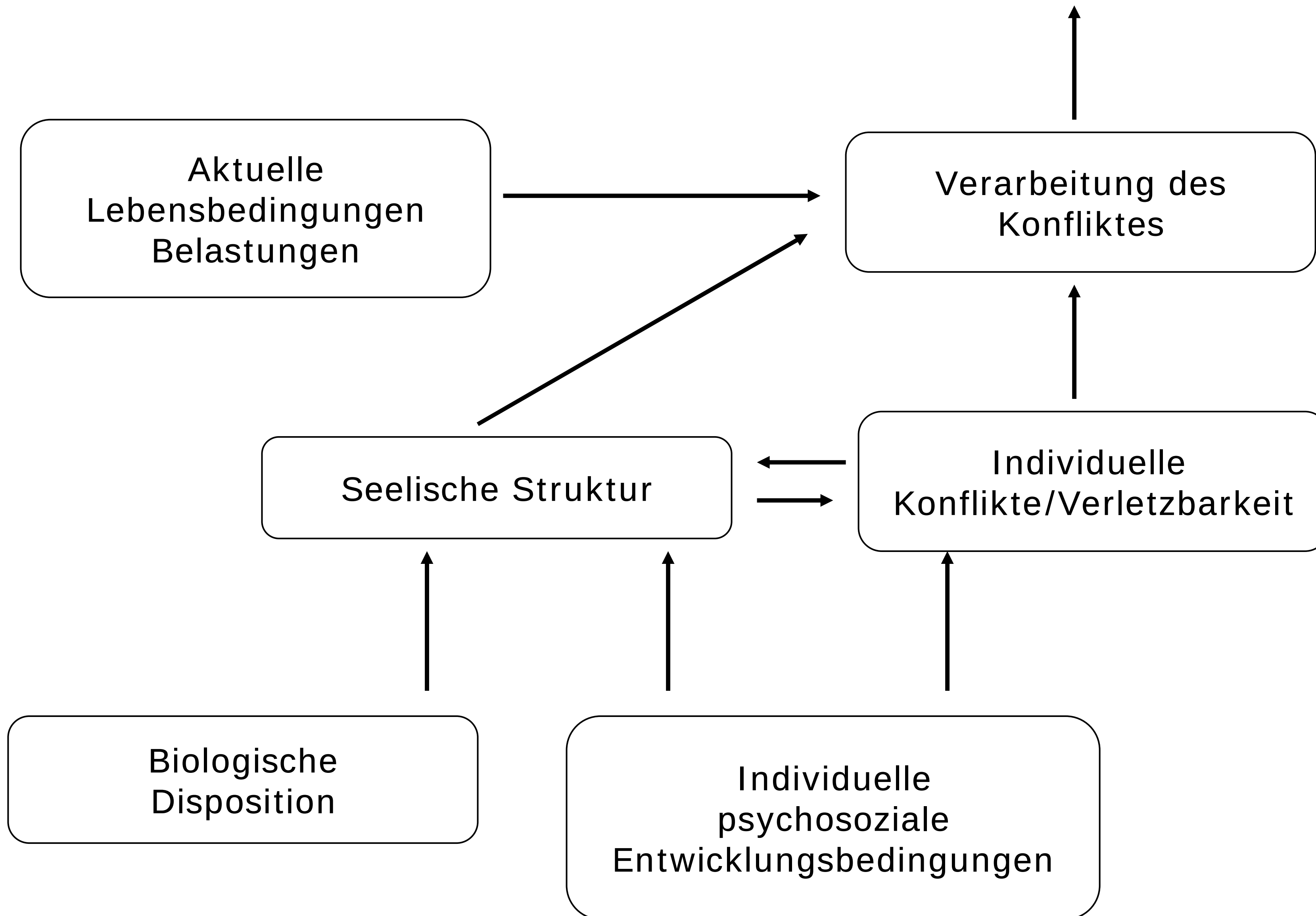
Risiko- und Schutzfaktoren im Konztext der Entwicklung im Jugendalter

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
- früh einsetzende Pubertät - massive Eltern-Kind-Konflikte - belastende Lebensereignisse (vor allem widrige familiäre Verhältnisse) - Selbstregulationsprobleme - psychische Störungen im Kindesalter (Verhaltensstörungen, umschrieben Entwicklungsstörungen) - mangelnde soziale Unterstützung - unzureichende Fähigkeiten, soziale Unterstützung zu aktivieren	- erfahrene Selbstwirksamkeit - emotionale Kompetenzen - soziale Kompetenzen - Zufriedenheit mit der Familie - unterstützende Beziehungen zu Gleichaltrigen - vielfältige, positive Vorbilder - positives Erleben der eigenen Familie (gemeinsame Familienaktivitäten, besonders mit dem Vater) - klare positive Verhaltensziele - soziale und moralische Wertorientierung

↓

Bewältigung von Anforderungen im Jugendalter

Abb.: Struktur und Konflikt in der Entstehung seelischer Störungen (Schüßler 1995)



Individueller Kontext innerhalb der Anamnese

- Entwicklungsdaten
- Allgemeiner körperlicher Befund
- Familiärer Hintergrund
- Beziehungsgeschichte der Eltern
- bedingte Faktoren für das lebensgeschichtliche Ereignis
- Nachfolgeereignisse des lebensgeschichtlichen Ereignis
- die unmittelbare subjektive Reaktion auf das lebensgeschichtliche Ereignis
- günstige und abträgliche Bedingungen für die weitere seelische Verarbeitung

Verhaltensmerkmale zur Charakterisierung des nicht grob auffälligen Kindes
- anlagebedingte Reaktionsbereitschaft –

- **Aktivität**, entsprechend dem Antrieb im Sinne von motorischen Aktivitäten oder Inaktivität
- **Tagesrhythmus**, im Sinne der Fähigkeit zur Gewohnheitsbildung bei vegetativen Funktionen, die einer erzieherischen Überformung unterliegen, Essverhalten, Ausscheidungsgewohnheit, Schlaf-Wach-Rhythmus
- **Annäherung oder Rückzug**, womit motorische der emotionale Komponenten des Kontakts-, aber auch des Neugierverhalten gemeint sind, - „Zuwendung"
- **Anpassungsfähigkeit**, womit die Leichtigkeit der Einstellung auf situative Veränderungen, aber auch das Ausmaß der Reaktion gemeint sind
- **sensorische Reizschwelle**, als Empfindlichkeit gegenüber der Stärke von Reizen, wie z.B. Schreckreaktion gegenüber relativ schwachen, plötzlichen Geräuschen
- **Reaktionsintensität**, womit das Ausmaß der Reaktion auf einen Außenreiz verstanden wird, unabhängig davon, ob die Reaktion ZU- oder Abwendung beinhaltet
- **Stimmungslage**, als Charakterisierung des gefühlsmäßigen Verhaltens insgesamt
- **Ablenkbarkeit**, worunter die Störbarkeit durch unwichtige Reize verstanden wird
- **Aufmerksamkeitsdauer & Durchhaltevermögen**, als Zeitspanne, mit der die Aufmerksamkeit zentriert bzw. einer Beschäftigung nachgegangen werden kann

Ursachen von Schulproblemen

1. Primäre Leistungsstörung

z.B.:Legasthenie
konstitutionelle Ursachen
hirnorganische Ursachen

2. Emotionale Ursachen

z.B. psychosoziale Aspekte, Life-events,
Scheidung der Eltern, Selbstwert-Problematik

3. Psychiatrische Ursachen

z.B. Hyperkinetisches Syndrom
Störung des Sozialverhaltens

Verteilung der Krankheitsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

22,7 % Hyperkinetisches Syndrom

20,0 % ohne Diagnose

17,0 % Diagnose aus der Achse I

16,9 % Störung des Sozialverhaltens

15,0 % Emotionale Störung

13,6 % Neurosen

6,6 % andere Störungen

Behandlungsmaßnahmen

79% Eltern- und familienbezogenen Interventionen

51% Psychotherapie für das Kind/den Jugendlichen

30% andere umweltbezogene Interaktionen, z.B. Schule, Ämter, Heime

28% funktionelle Übungsbehandlung für den Patienten, z.B. Ergotherapie, Legasthenie-Training

14% Medikation

Die Rolle der Familie bei der Behandlung von Kinder und Jugendlichen

5% aller Kinder/Jugendlichen sind psychisch auffällig

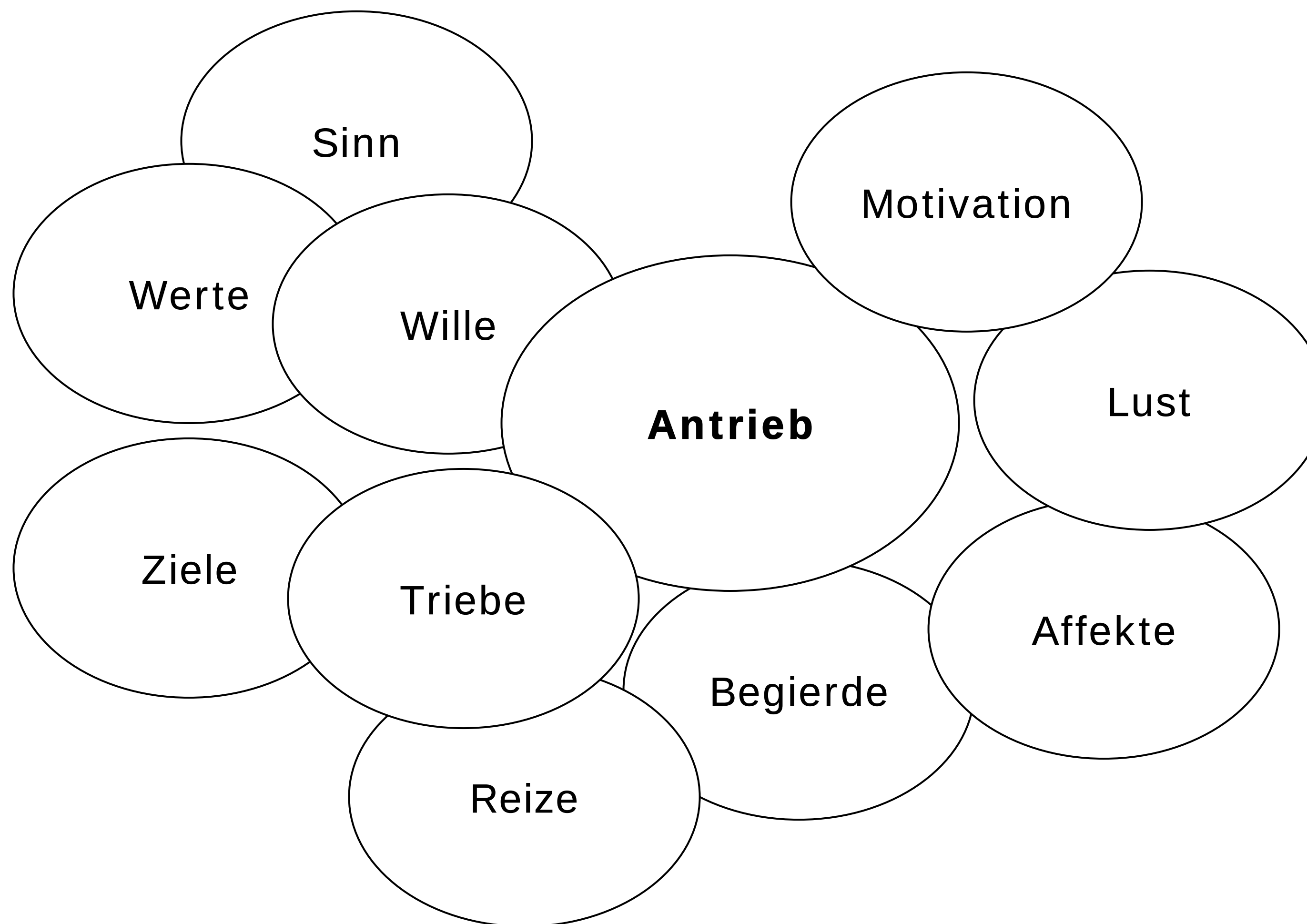
50% aller vorgestellten Patienten sind behandlungsbedürftig

70% aller psychischen Erkrankungen sind eng verknüpft mit familiären Problemen

Ungünstige Faktoren von Seiten der Eltern

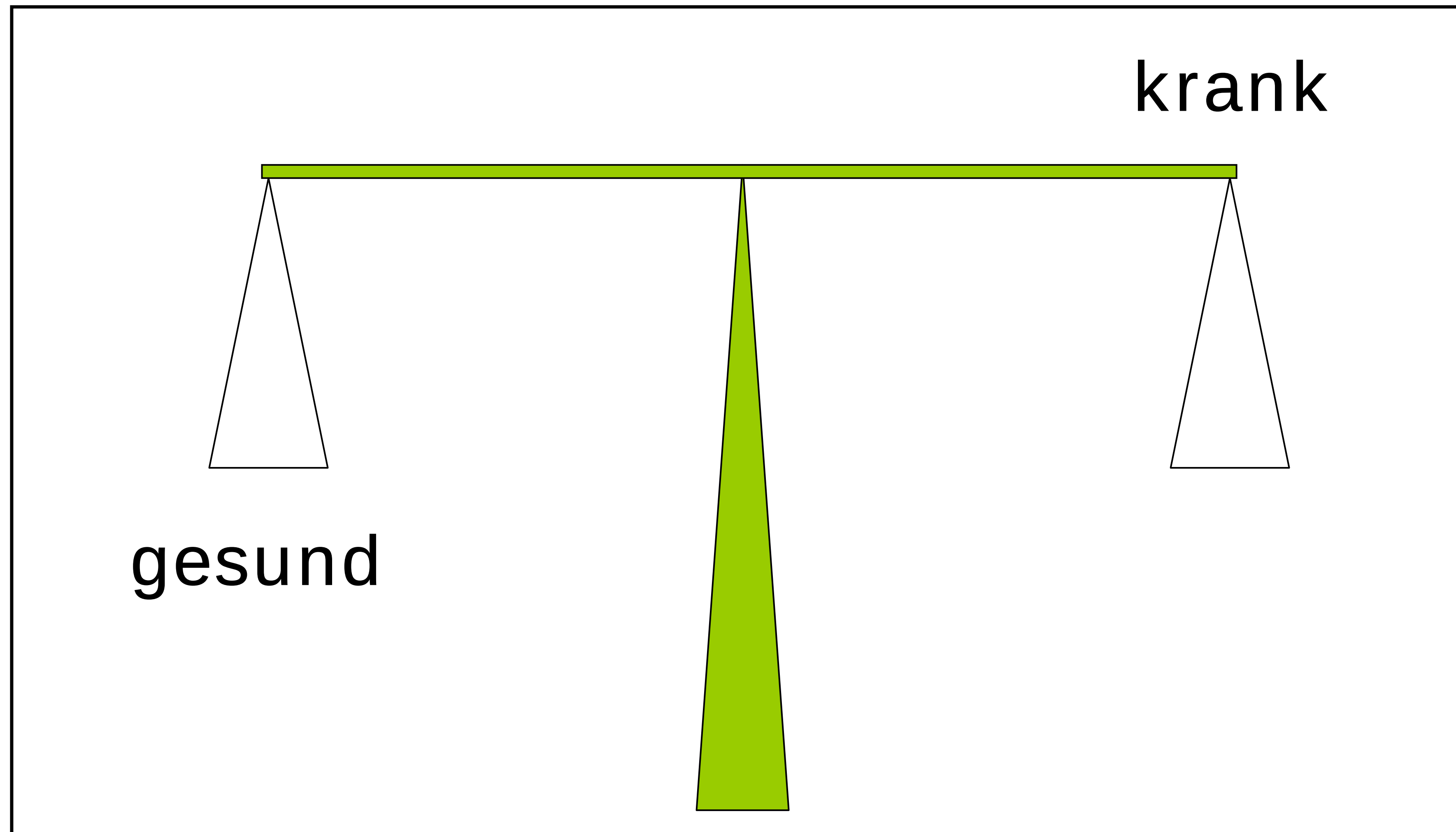
- Zweifel an Therapie
- Eltern feindselig, unstrukturiert
- „High expressed emotion“ Familien
- Wenn die Beziehung zu beiden Eltern gestört ist
- Eltern erschöpft, wenden sich von dem Kind ab
- Abgrenzungsproblematik zu den Kindern
- Gefühl der Eltern, von ihren Kindern zu wenig Zuwendung

Antrieb im Kontext der Entwicklung der Psychologie

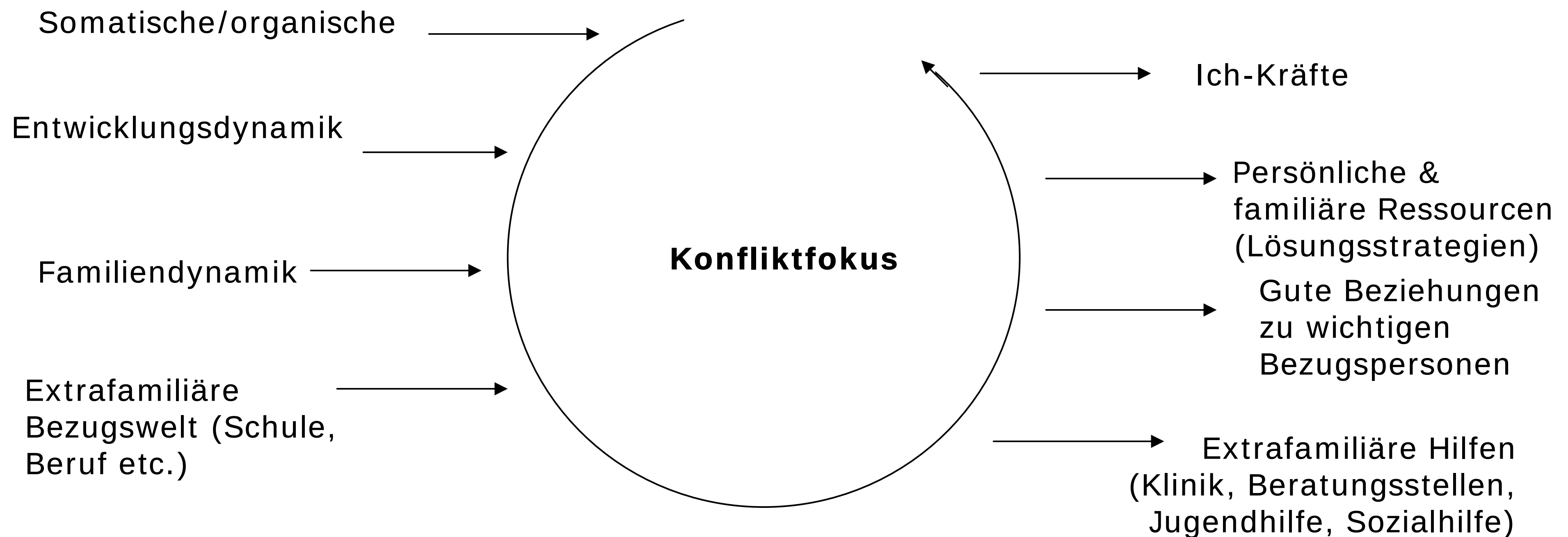


Quelle: Nervenheilkunde 10/2004

GESUNDHEITS-KRANKHEITS-KONTINUUM



...ein ununterbrochenes Wechselspiel


Pathogene Einflüsse
Protektive Faktoren
Somatische/organische
Entwicklungsdynamik
Familiendynamik
Extrafamiliäre Bezugswelt (Schule, Beruf etc.)
Konfliktfokus
Ich-Kräfte
Persönliche & familiäre Ressourcen (Lösungsstrategien)
Gute Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen
Extrafamiliäre Hilfen (Klinik, Beratungsstellen, Jugendhilfe, Sozialhilfe)

Problemsituationen in der Familie

- Hausaufgaben
- Mutter telefoniert
- Besuch kommt
- Spiel mit Anderen
- Mahlzeiten
- Aufträge erledigen
- Zubettgehen
- In der Öffentlichkeit
- Waschen und Baden
- Beim Baden
- Beim Fernsehen
- Besuche bei Anderen
- Im Auto
- Kind spielt alleine
- Mutter ist beschäftigt
- An- und Ausziehen
- Wenn Vater daheim ist

1. Zur Orientierung

1. Zur Orientierung: Probleme gehören dazu!

- Alle Kinder und Jugendliche haben im Laufe ihrer Entwicklung **schwierige Situationen** zu bewältigen und können dabei auch psychische Probleme entwickeln und alle Eltern finden ihre Kinder auch mal belastend oder machen sich Sorgen über die Entwicklung ihrer Kinder.

- Alle Kinder sind irgendwann einmal auch **Problemkinder** und alle Familien haben Probleme zu bewältigen.

- Probleme gehören dazu: **Es gibt keine Kinder, die während ihrer gesamten Entwicklung unproblematisch sind!**

- **Probleme sind keine Ausnahme, sondern Normalität**.

1. Zur Orientierung

1.2 Was sind psychische Probleme?

- Bei psychischen Problemen ist es eher wie bei Übergewicht oder Bluthochdruck – die Übergänge sind fließend und ab einer bestimmten Grenzen sagt man: **Jetzt ist es auffällig!**

- Je stärker ein Problem ausgeprägt ist, um so eher müssen wir es als eine Auffälligkeit bewerten und wir wissen, dass es Probleme gibt, die ernster zu nehmen sind als andere.

- Wie sehr ein Verhalten als problematisch erlebt wird, das hängt natürlich von dem Ausmaß, der **Heftigkeit oder von der Häufigkeit** ab, mit der das Problem auftritt. Es hängt auch von dem Grad ab, in dem das Kind, der Jugendliche oder seine Bezugspersonen unter der Problematik leiden und in dem die Entwicklungsmöglichkeit des Kindes oder Jugendlichen durch die Probleme eingeschränkt werden.

- Das Problem wir umso schwerwiegender erlebt, je weniger das Kind oder der Jugendliche und auch die Eltern, die Lehrer oder Erzieher Möglichkeiten sehen, das Problem selbstständig zu bewältigen.

2. Psychische Probleme in verschiedenen Entwicklungsabschnitten

2. Allgemein

In keiner Lebensspanne durchlaufen Menschen stärkere körperliche und psychische Entwicklungen als im Kindes- und Jugendalter. Psychische Probleme und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen ändern sich daher auch in folgenden verschiedenen Entwicklungsstufen dramatisch:

a.) im Säuglings- und Kleinkindalter (etwa bis 3 Jahre)

b.) Kindergarten- und Vorschulalter (von etwa 3 bis 6 Jahren)

c.) im Grundschulalter (von etwa 6 bis 12 Jahren)

d.) in der Pubertät und im Jugendalter (etwa ab 12 Jahren)

2. Psychische Probleme in verschiedenen Entwicklungsabschnitten

2.1 Auffälligkeiten und Probleme bei Säuglingen und Kleinkindern

- In den ersten zwei bis drei Lebensjahren durchlaufen Kinder einen so rasante Entwicklung wie in keinem anderen Lebensabschnitt und auch für die Eltern und die ganze Familie stellt diese Phase eine Zeit größter Veränderungen dar. Eltern und Kinder müssen sich aufeinander einstellen und ein harmonisches Zusammenspiel entwickeln.

- Das Kind, bei der Geburt weitestgehend unselbstständig und von der Mutter völlig abhängig, gewinnt von Lebensmonat zu Lebensmonat an Eigenständigkeit und nimmt in zunehmenden Maße seine Umwelt wahr und tritt mit ihr in Kontakt. Zu den Eltern entwickelt es eine enge Bindung.

Die **drei häufigsten Schwierigkeiten** in den ersten zwei Lebensjahren sind:

a.) extrem **häufiges Schreien**,

b.) **Schlaf-** und

c.) **Fütterprobleme**

Quelle: Prof. Dr. Döpfner, et al., Ratgeber Psychische Auffälligkeiten, Hogrefe

2. Psychische Probleme in verschiedenen Entwicklungsabschnitten

2.2 Auffälligkeiten und Probleme im Kindergarten- und Vorschulalter

Die **häufigsten Auffälligkeiten** und Probleme in diesem Altersbereich sind:

a.) Rückstände in der Entwicklung der Koordination und der **körperlichen Geschicklichkeit** (Motorik), in der Sprache und in der Spielfähigkeit.

b.) Verweigerndes und **oppositionelles Verhalten** verbunden mit heftigen Wutausbrüchen.

c.) **Körperliche Unruhe** und geringe Ausdauer beim Spiel und bei Beschäftigung.

d.) Schwierigkeiten, sauber und trocken zu werden.

e.) Ängste vor vielfältigen Situationen und **Unsicherheiten** gegenüber anderen Kindern und Erwachsenen.

f.) Schwierigkeiten der **Integration** in den Kindergarten.



Quelle: Prof. Dr. Döpfner, et al., Ratgeber Psychische Auffälligkeiten, Hogrefe

2. Psychische Probleme in verschiedenen Entwicklungsabschnitten

2.3 Auffälligkeiten und Probleme im Grundschulalter

Die **häufigsten Auffälligkeiten** und Probleme in diesem Altersbereich sind:

a.) Aufmerksamkeitsprobleme und Unruhe in der Schule und bei den Hausaufgaben.

b.) Aggressives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und oppositionelles Verhalten gegenüber Eltern und Lehrern, manchmal verbunden mit Leistungsverweigerung.

c.) Ängste vor der Schule, vor Leistungen oder vor Klassenkameraden und anderen Kindern, manchmal verbunden mit körperlichen Beschwerden.

d.) Mangelndes Selbstvertrauen, das sich in Rückzug vor Gleichaltrigen und Erwachsenen oder auch durch Unsicherheiten in Leistungssituationen äußern kann.

2. Psychische Probleme in verschiedenen Entwicklungsabschnitten

2.4 Auffälligkeiten und Probleme in der Pubertät und im Jugendalter

Die **häufigsten Auffälligkeiten** und Probleme in diesem Altersbereich sind:

a.) die Annahme des eigenen Körperbildes

b.) die Herstellung von Beziehungen mit Altersgenossen beiderlei Geschlechts,

c.) die Aufnahme intimer Beziehungen

d.) die Ablösung von den Eltern,

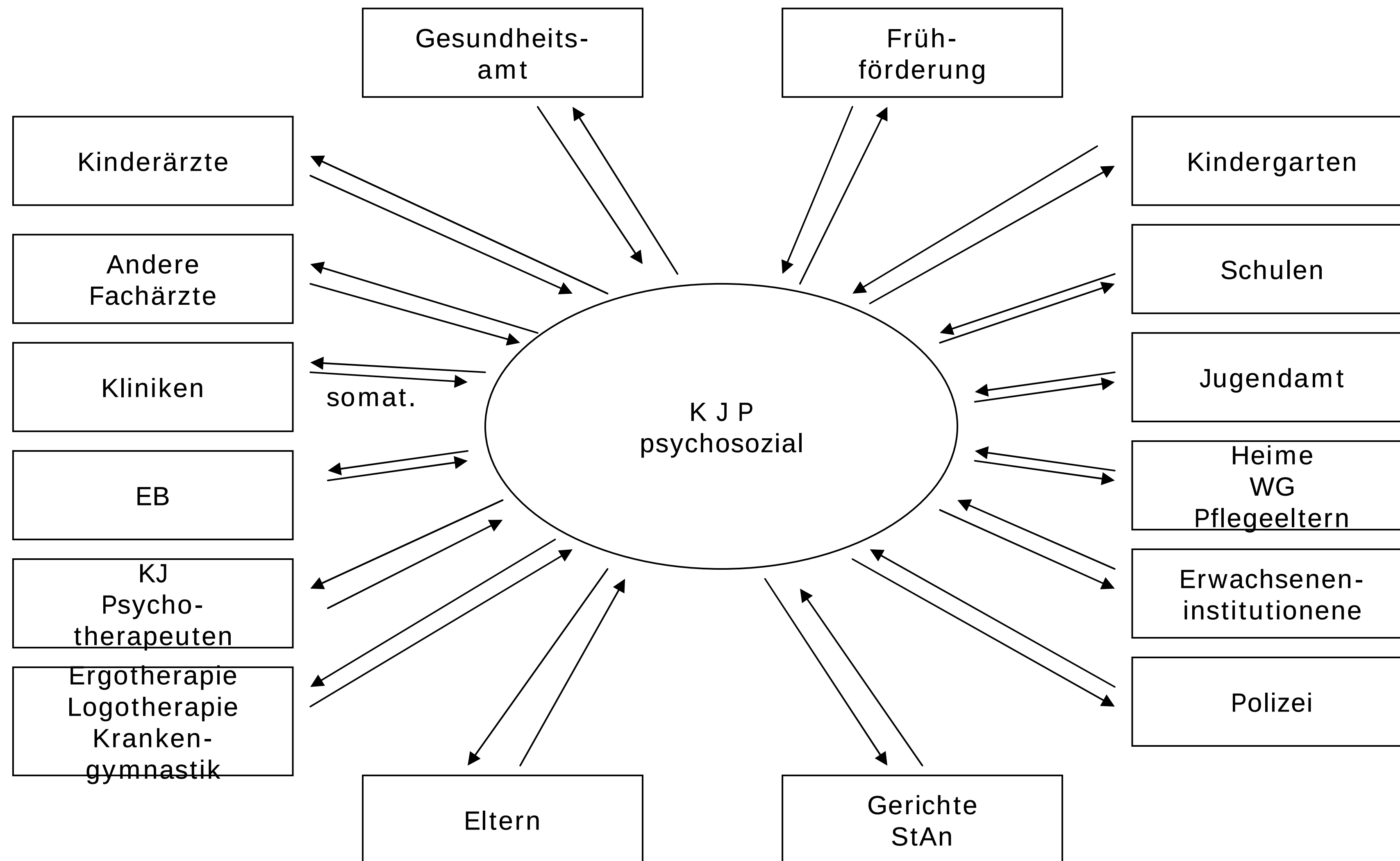
e.) die Auseinadersetzung mit Berufswahl und Berufsvorbereitung,

f.) die Stärkung von Selbstvertrauen und Entwicklung eines eigenen Wertesystems,

g.) die Entwicklung von sozial verantwortlichem Verhalten.



Zusammenarbeit der ambulanten KJP-Praxis mit anderen Stellen



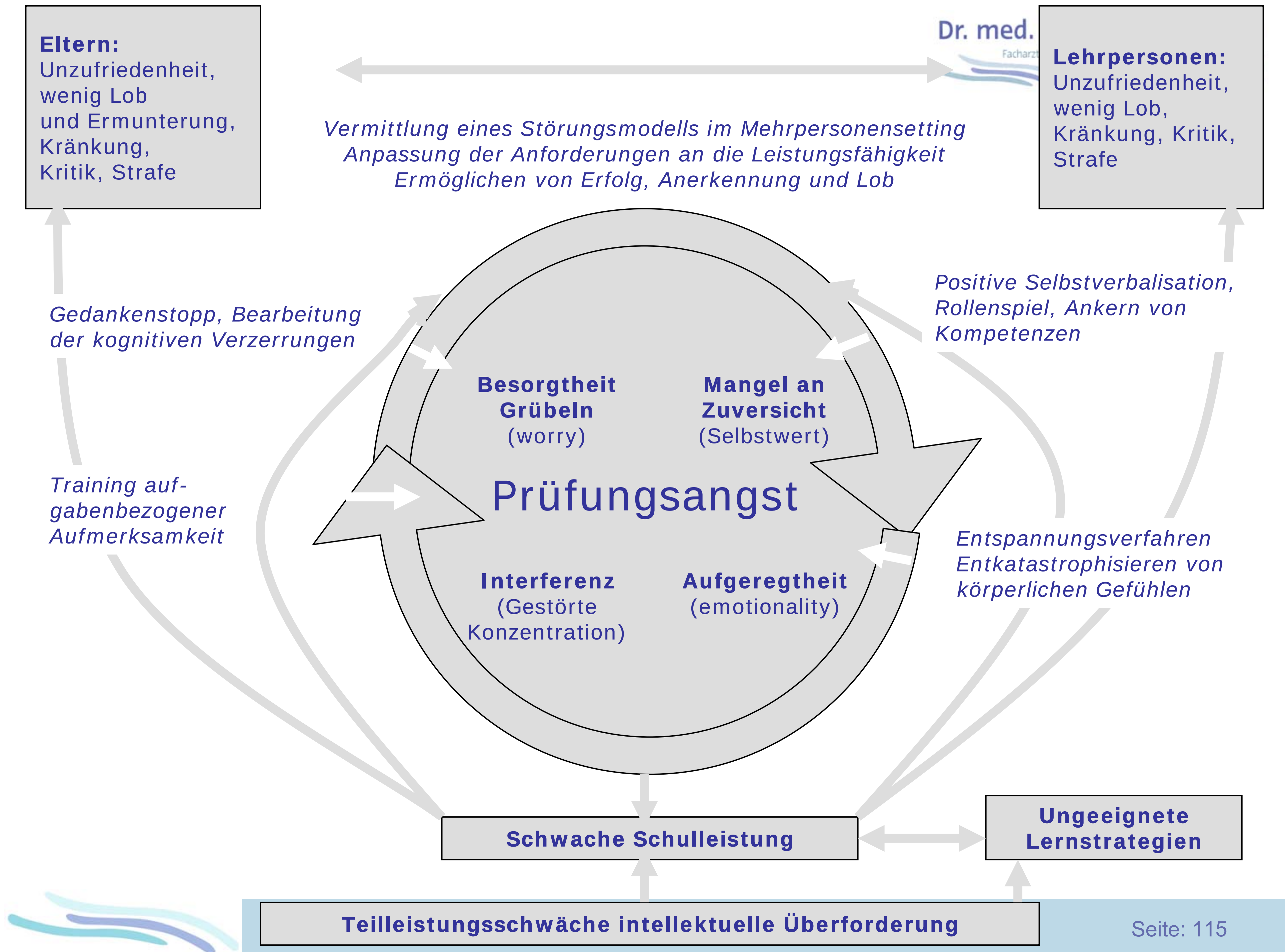
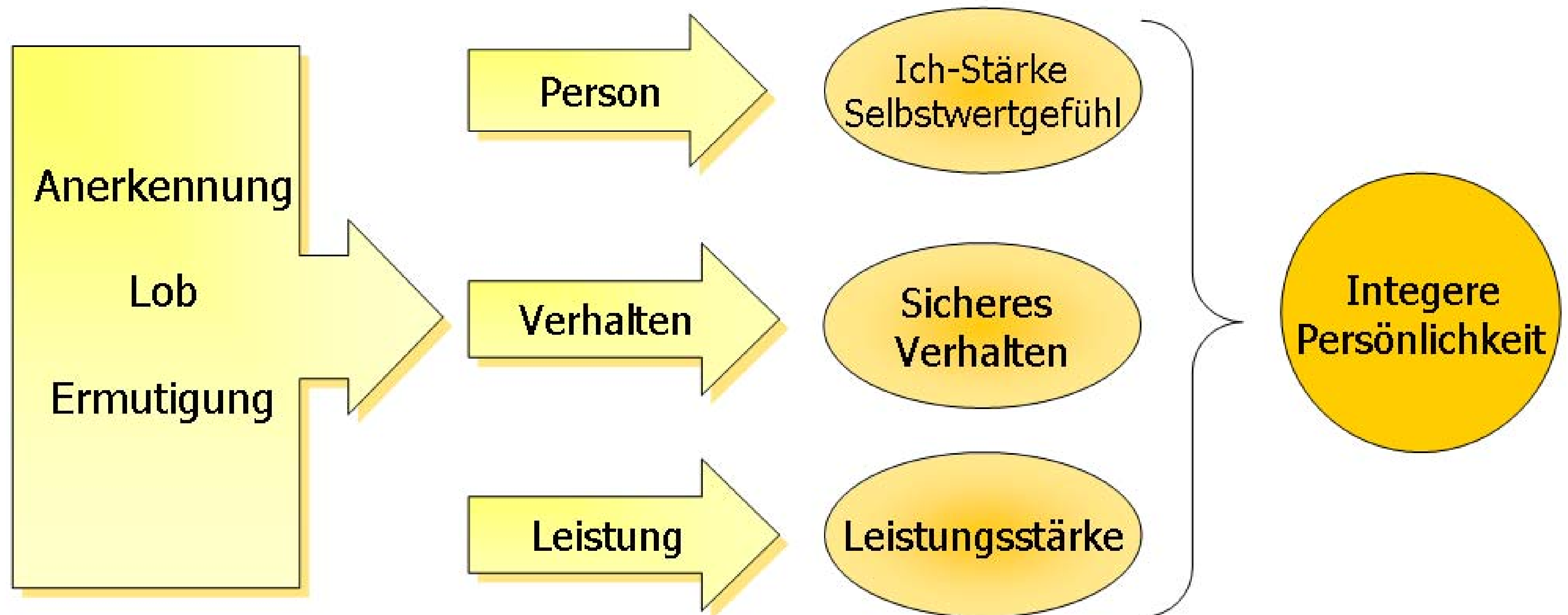

Eltern:
Unzufriedenheit,
wenig Lob
und Ermunterung,
Kränkung,
Kritik, Strafe
Dr. med.
Lehrpersonen:
Unzufriedenheit,
wenig Lob,
Kränkung, Kritik,
Strafe
Vermittlung eines Störungsmodells im Mehrpersonensetting
Anpassung der Anforderungen an die Leistungsfähigkeit
Ermöglichen von Erfolg, Anerkennung und Lob
Gedankenstopp, Bearbeitung
der kognitiven Verzerrungen
Positive Selbstverbalisation,
Rollenspiel, Ankern von
Kompetenzen
Besorgtheit
Grübeln
(worry)
Mangel an
Zuversicht
(Selbstwert)
Prüfungsangst
Training auf-
gabenbezogener
Aufmerksamkeit
Interferenz
(Gestörte
Konzentration)
Aufgeregtheit
(emotionality)
Entspannungsverfahren
Entkatastrophisieren von
körperlichen Gefühlen
Schwache Schulleistung
Ungeeignete
Lernstrategien
Teilleistungsschwäche intellektuelle Überforderung

Tabelle 14-2: Differentialdiagnose der Schulverweigerung

	Schulphobie	**Schulangst**	**Schulschwänzen**
Angst in der Schulsituation	Stark ausgeprägt	Vorhanden, wechselnde Intensität	Fehlt
Somatisierung	Stark	Wechselnd	Fehlt
Persönlichkeit	Ängstlich, sensitiv	Ängstlich, sensitiv	Aggressiv, dissozial
Intelligenz	Durchschnittlich bis hoch	Durchschnittlich, heterogenes Profil	Durchschnittlich bis erniedrigt
Lernstörung	Fehlen	Häufig vorhanden	Fehlen
Lernmotivation	Hoch	Gestört	Niedrig
Elternverhalten	Überprotektiv, bindend	Unspezifisch	Vernachlässigt
Schulbesuch	Mit Wissen der Eltern chronisch unterbrochen	Mit Wissen der Eltern sporadisch unterbrochen	Ohne Wissen der Eltern sporadisch /chronisch unterbrochen

Stärkung der Persönlichkeit



Therapieziele

a.) Förderung der Körperwahrnehmung und einer positiven Einstellung zur Gesundheit

b.) Stärkung der sozialen Kompetenzen und des Selbstwertgefühls

c.) Schulung eines kritischen Umgangs mit Genussmitteln und Alltagsdrogen

d.) Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfeldes.

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“

- Symptombelastung im Jugendalter beträgt 60%
- 30 bis 50 Prozent setzen sich bis ins Erwachsenenalter fort
- Bei Kombination mit Störungen des Sozialverhaltens sind die Hauptrisiken in der Adoleszenz Substanzmissbrauch & Delinquenz
- Erwachsene haben auch ohne komorbide Störung erhöhte Raten
- Bei Komorbiditäten entsteht das Risiko antisozialer Persönlichkeitsstörungen
- Günstigere Prognosen, wenn im Kindesalter keine aggressive-oppositionellen Auffälligkeiten bestanden
- Komorbide Ängste & Depressionen sind stabil

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Störung des Sozialverhaltens“

- Bei frühen Beginn ist die Prognose ungünstiger
- Breite, häufig auftretende Symptomatik und komorbide hyperkinetische Störungen begünstigen schwere und persistente Verläufe.
- Spät beginnende Formen bilden sich meist nach der Adoleszenz zurück
- Das Risiko von antisozialen Persönlichkeiten steigt mit niedriger Intelligenz und antisozialer Persönlichkeitsstörung der Eltern
- Früher Beginn, niedrige Schulabschlüsse und schlechter sozio-ökonomischer Status begünstigen Rezidive.
- Die Risiken für andere psychische Störungen, Substanzmissbrauch und niedriges Funktionsniveau sind erhöht.
- Soziale Kompetenz und positive Peer-Erfahrungen begünstigen die Prognose.

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens“

- Im 3-Jahres-Verlauf gehen etwas weniger als die Hälfte in eine Störung des Sozialverhaltens über
- Die Übergänge werden begünstigt durch Armut, niedriges Alter der Mutter, Substanzmissbrauch der Eltern, inkonsistenter Erziehung und mangelnder Aufsicht
- Die Prognose wird beeinflusst durch niedrige Intelligenz, körperlichen Auseinandersetzungen und schlechte Konditionierbarkeit

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Tic-Störung“

- Die Symptomatik von Tic-Störungen schwächt sich nach der Pubertät ab
- 1/3 der Betroffenen wird bis zur Spätadoleszenz symptomfrei
- 1/3 der Betroffenen bessert sich bis zum Erwachsenenalter
- 1/3 der Betroffenen bestehen Beeinträchtigungen durch Symptome fort
- Risiken für Beziehungsstörungen & Arbeitslosigkeit sind erhöht
- Die Prognose werden durch Depressionen, Angststörungen und selbstverletzendes Verhalten beeinträchtigt
- Beim Tourette-Syndrom häufen sich Schlafstörungen

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Enkopresis“

- 2/3 der Betroffenen lassen sich erfolgreich behandeln
- Psychiatrische Komorbidität erschwert die Prognose

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Enuresis“

- Spontanremissionen reduziert die Symptomatik bei 18-Jährigen auf 1% Prozent,
- darunter sind wesentlich mehr Männer als Frauen
- Erst in der Adoleszenz auftretende sekundäre Enuresis hat eine schlechtere Prognose und geht häufig mit psychiatrischen Störungen einher

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Mutismus“

- Bei Fortbestehen über das 12. Lebensjahr hinaus ist die Prognose ungünstig
- Die Risiken für schulische Minderleistungen, beeinträchtigte Peer-Beziehungen und sekundärer Krankheitsgewinn sind erheblich
- Persistente Störungen gehen mit sozialen Phobien, Vermeidungsverhalten, Verweigerung und Zwangsstörungen einher

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Reaktive Bindungsstörungen“

- Die Kombination mit körperlicher und psychosozialer Deprivation führt zu Langzeitbeeinträchtigungen bezüglich Wachstum und Intelligenzniveau
- Emotionale Probleme und Zwangsstörungen sind häufig

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Trennungsangststörungen"

- Ein erheblicher Prozentsatz der Betroffenen nimmt keine Hilfe in Anspruch oder remittiert ohne Behandlung
- Unter den Behandelten zeigen weniger als 10% Rückfälle und ins Erwachsenenalter fortgesetzte Behinderungen
- Chronische Schulverweigerung geht im Erwachsenenalter mit schlechter Anpassung und psychiatrischen Symptomen einher
- Auch bei Wiederaufnahme des Schulbesuchs bleiben schlechtere emotionale und soziale Funktionen erhalten
- Abhängigkeit, Somatisierungsneigung, Vermeidungshaltungen und schulische Minderleistungen erhöhen das Risiko für Fehlzeiten im Beruf und Arbeitslosigkeit

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Soziale Phobien“

- In der Adoleszenzzeit erhöht sich das Risiko sozialer Fehlanpassung und die Beeinträchtigung der Ausbildung (durch Schulverweigerung) sowie des Substanzmissbrauchs.
- Persitenz ins Erwachsenenalter ist häufig, dann kombiniert mit beruflichen Minderleistungen, Depressionen, generalisierten Angststörungen und sozialen Funktionseinschränkungen

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Generalisierte Angststörung“

- Kinder mit generalisierten Angststörungen behalten ihre Symptomatik wesentlich häufiger als Kinder mit Trennungsangststörungen
- Im Erwachsenenalter haben die kontinuierlichen Auffälligen ein Risiko für depressive Entwicklungen und Somatisierungsstörungen

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Panikstörungen"

- Kinder mit Panikstörungen entwickeln häufiger Agoraphobien, auch Angststörungen und Depressionen
- Beginn vor der Pubertät ist ungünstiger für den Verlauf

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Zwangsstörungen“

• Zwangsstörungen haben eine deutliche Tendenz zur Persitenz bis ins Erwachsenenalter, dann oft mit Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus

• Der Wunsch nach Distanzierung von den Zwängen begünstigt die Behandlungsprognose

• Das Risiko von Schulleistungsstörungen und Peer-Beziehungsstörungen ist erhöht

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Anorexia Nervosa“

• Bei Beginn in der Adoleszenz wird nach sieben – bis achtjährigem Verlauf – zum Teil nach Übergängen in eine Bulimie mit 72% Behandlungserfolg gerechnet.

• Chronische Verläufe weisen nach dieser Zeit 25% auf

• Angegebene Moralitätsraten schwanken um 5%

• Übergänge in eine Bulimie werden bei 20% beobachtet

• Bei chronischen Verläufen treten später affektive und Angststörungen, Substanzkonsum und Persönlichkeitsstörungen auf

• Lange Krankheitsdauer und hoher Gewichtsverlust vor Behandlung beeinträchtigen die Prognose

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Bulimia Nervosa“

- Spezifische Daten der in der Adoleszenz beginnende Erkrankung liegen nicht vor
- 1/3 der Betroffenen entwickeln chronische Verläufe
- Moralitätsrate beträgt < 1%
- Übergänge in affektive und Angststörungen, Substanzmissbrauch und Impulskontrollstörung häufen sich

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Posttraumatische Belastungsstörungen"

• Ein stabiles, unterstützendes Familiensystem und eine sichere Umgebung begünstigen die Prognose.

• Noch Jahre nach dem auslösenden Ereignis können Symptome mit Schlafstörungen und hilflosem Vermeidungsverhalten fortbestehen.

• Körperliche oder sexuelle Misshandlungen in der Vorgeschichte erhöhen das Lebenszeitrisiko für psychiatrische Symptome insbesondere für Frauen

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Autismus“

- Frühkindliche autistische Störungen verschlechtern sich im Schulalter durch Verstärkung von Zwängen und Selbstverletzungen.
- In der Adoleszenz besteht das Risiko zerebraler Anfallsleiden.
- Spätes Auftreten der Symptomatik, höheres Intelligenzniveau, soziale Fertigkeiten und Etablierung sprachlicher Kommunikation bis zum Alter von fünf Jahren begünstigen die Prognose.

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Lese-Rechtschreib-Schwäche“

- Eine Behandlung verbessert die schriftsprachlichen Leistungen in der Regel, jedoch verbleiben die Leistungen oft abweichend von der Norm.
- Die Prognose wird beeinträchtigt durch phonologische Störungen in der Vorgeschichte, niedriges Intelligenzniveau und (häufige) psychiatrische Begleiterkrankungen, insbesondere der Komorbidität mit hyperkinetischen Störungen.
- Das Risiko für Störungen des Sozialverhaltens ist erhöht.
- Im Erwachsenenalter sind bei Männern Ausbildungsabschlüsse niedriger und Arbeitslosigkeit häufiger.
- Das Gebäralter betroffener Frauen liegt niedriger.

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Affektive Störungen“

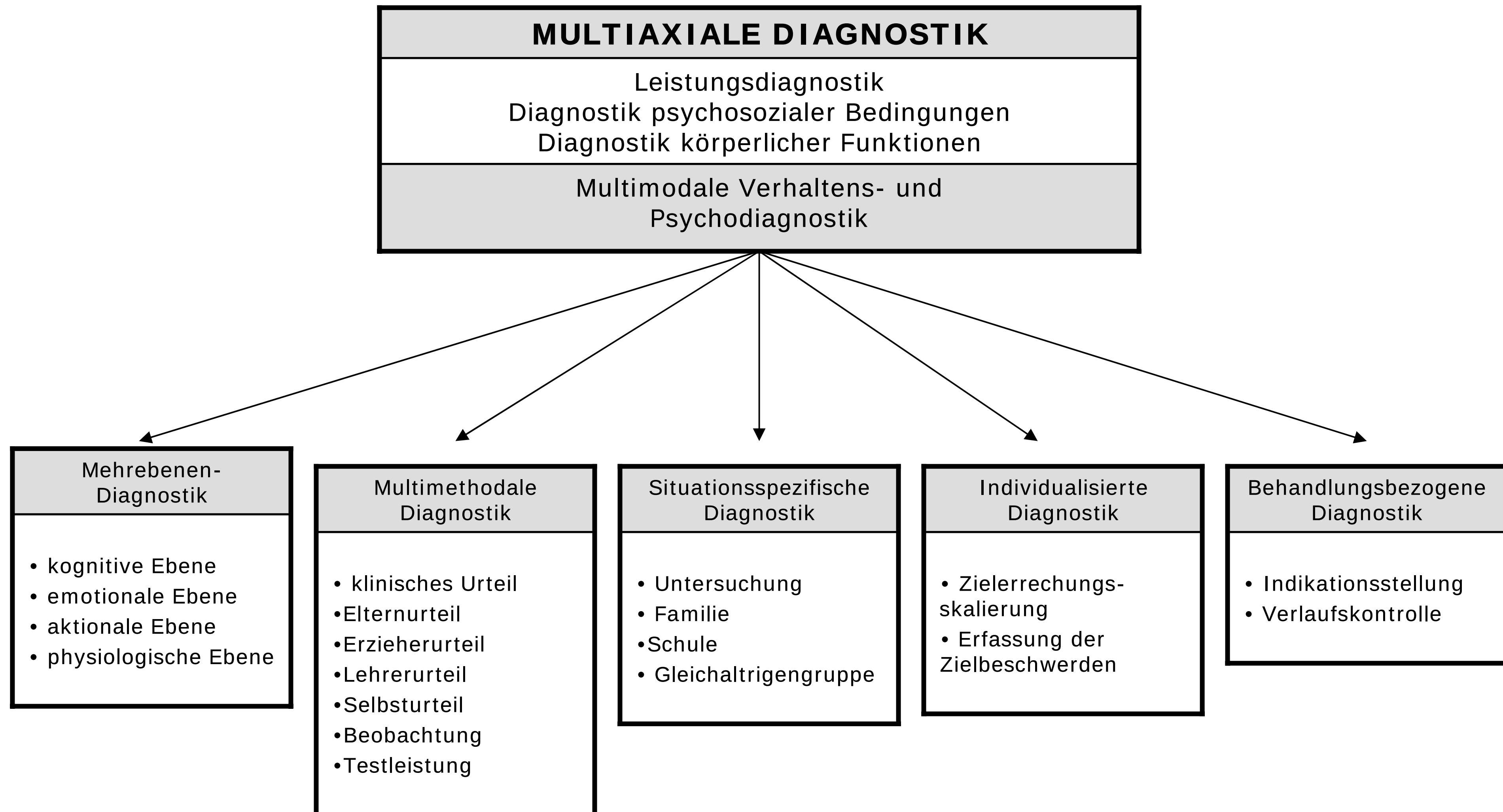
- Ein Teil der Dysthymien geht in depressive Episoden über, die Wiederholungswahrscheinlichkeit für depressive Episoden beträgt mehr als 30 Prozent.
- Treten Rückfälle früh auf, sind die Episoden länger und Suizidgedanken häufiger.
- Beeinträchtigt sind Bildung und Ausbildungsabschlüsse sowie Peer-Beziehungen.
- Bei depressiven Episoden Jugendlicher mit plötzlichen Beginn, psychomotorischer Retardierung, psychotischen Symptomen und hypomanischen Nachschwankungen sowie bei einschlägig belasteten Familienanamnesen ist der Übergang in bipolare Störungen häufiger.

Verlauf einzelner psychischer Störungen

„Schizophrene Störungen“

- Im Jugendalter anfangende Störungen, zeigen einen ungünstigeren Verlauf, als solche, die im Erwachsenenalter beginnen.
- Erkrankungen in der Adoleszenz beeinträchtigen die Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse bei zwei Dritteln der Betroffenen, ebenso häufig die psychosozialen Anpassung an die Erwachsenerrolle.
- Das Suizidrisiko ist höher als bei Erwachsenen.

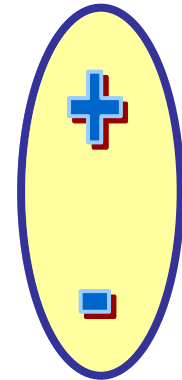
Komponenten der multimodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik

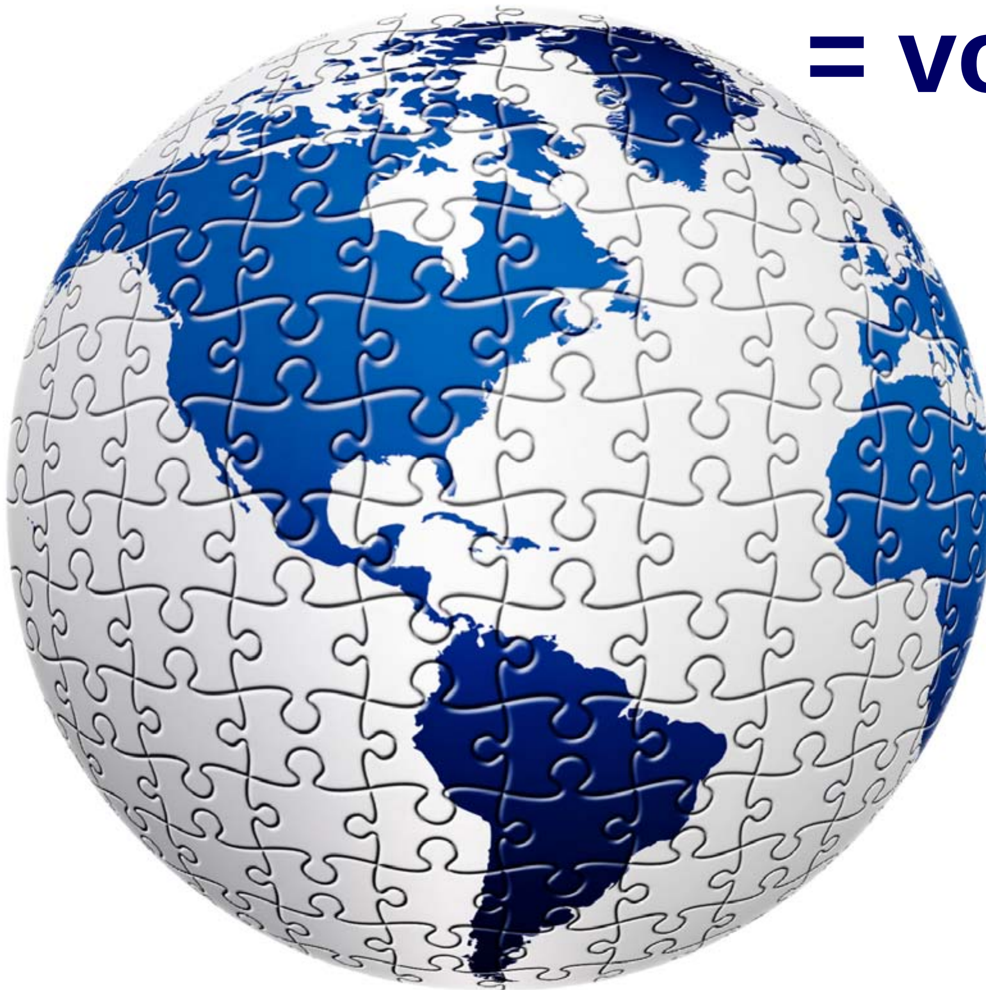


Quelle: Diagnostik psychischer Störungen, Manfred Döpfner, Hogrefe Verlag

= tatsächlich

= vorhanden





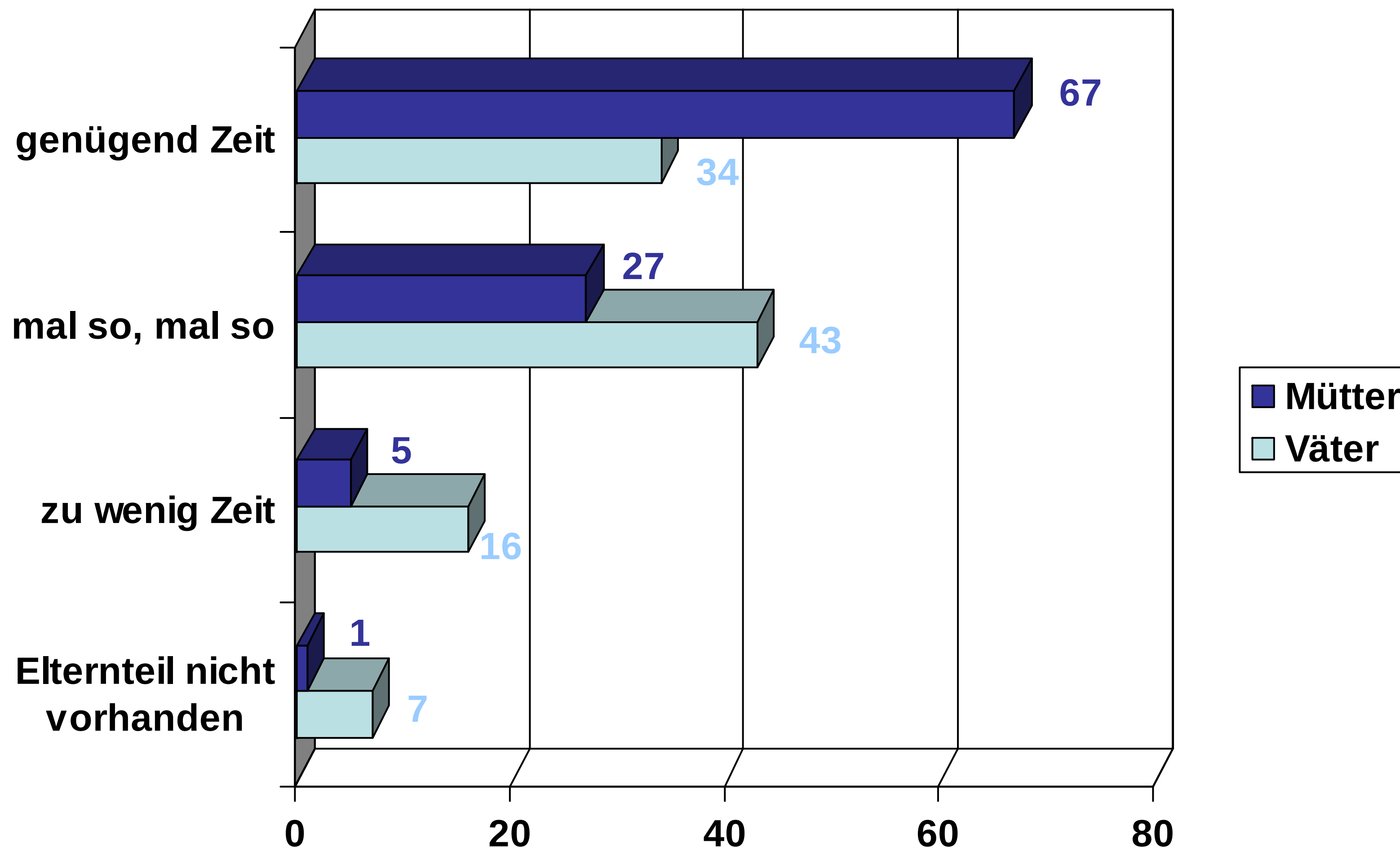
Quelle: Der Brockhaus

Erkenntnisse einer Studie des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes Wiesbaden

- 4% der Kinder, bei denen zur Einschulung Fettleibigkeit diagnostiziert wurden, hatten drei Jahre später Normalgewicht erreicht.
- 77% der krankhaft dicken Schüler behielten indes ihr behandlungsbedürftiges Übergewicht.
- Die Problematik des Übergewichts ist schwer zu vermitteln.
- Erfolge gib es nur bei hoher Eigenmotivation
- Vorbeugung ist einfacher als Abnehmen

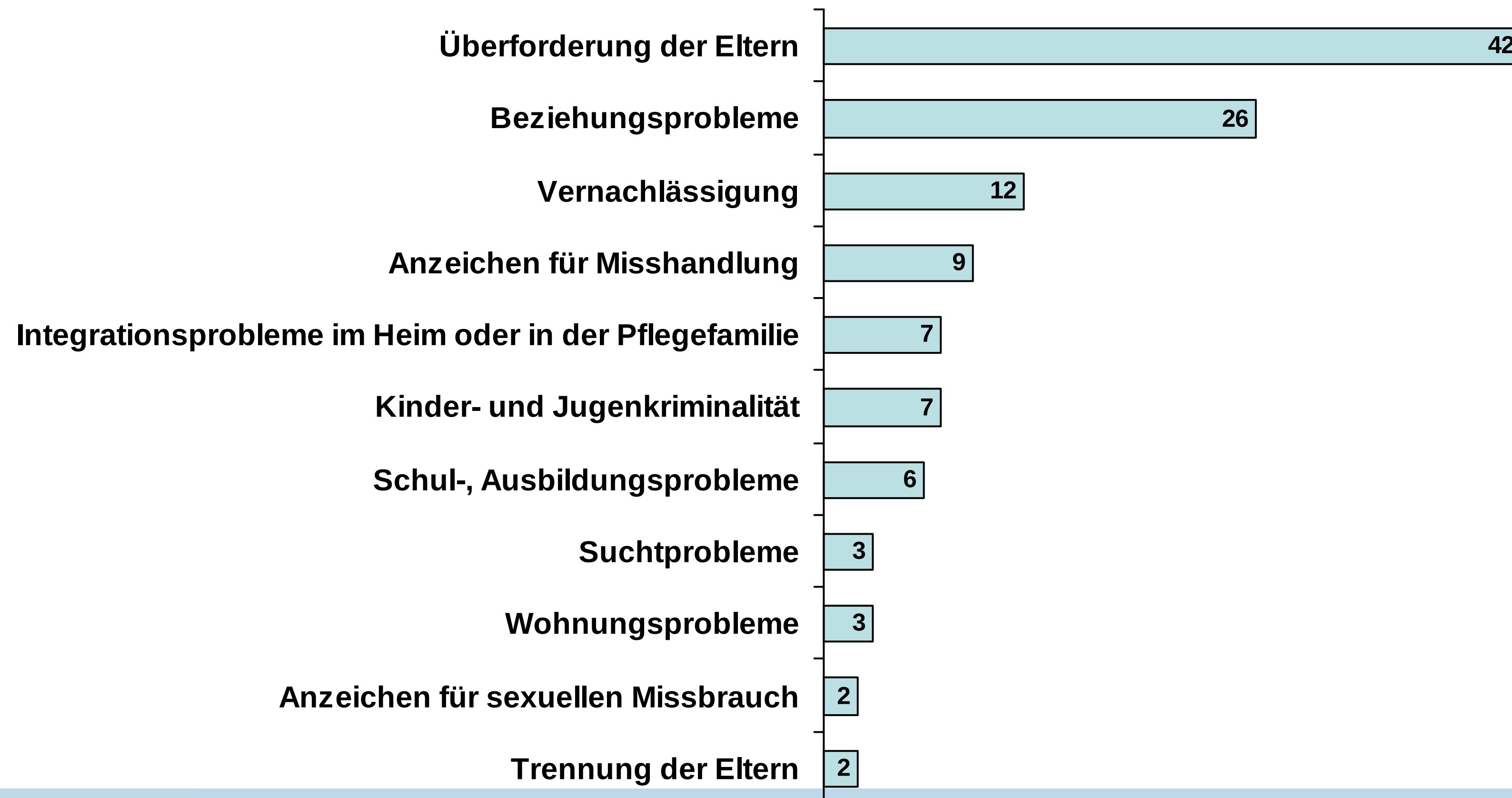
Quelle: Wiesbadener Kurier, 11. Februar 2006

Zufriedenheit mit der elterlichen Zuwendung



Vernachlässigte Kinder

Im Jahr 2006 mussten die Behörden rund 26 000 Kinder und Jugendliche in Schutz nehmen.



Vernachlässigte Kinder

Die Maßnahmen wurden angeregt durch:

